

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN



TESIS

**EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR
RESULTADOS EN PROGRAMAS PRESUPUESTALES DEL HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA, PERIODO 2012 - 2013**

PRESENTADA POR:

NÉSTOR AMIDEY ARIAS PÉREZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER SCIENTIAE EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN

MENCIÓN EN AUDITORÍA Y TRIBUTACIÓN

PUNO, PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN



TESIS

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN
PROGRAMAS PRESUPUESTALES DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA,
PERIODO 2012 – 2013

PRESENTADA POR:

NÉSTOR AMIDEY ARIAS PÉREZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER SCIENTIAE EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN

MENCIÓN EN AUDITORIA Y TRIBUTACIÓN

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE



.....
Dr. ALBERTO ENRIQUE COLOQUE MAMANI

PRIMER MIEMBRO



.....
M.Sc. REYNALDO ALCOS CHURA

SEGUNDO MIEMBRO



.....
M.Sc. EDGAR VILLAHERMOSA QUISPE

ASESOR DE TESIS



.....
M.Sc. ANTONIO ESPILLICO CHIQUE

Puno, 04 de febrero de 2015

ÁREA : Presupuesto por resultados
TEMA : Evaluación de la ejecución presupuestal
LÍNEA: Gestión pública

DEDICATORIA

A **Dios** por ser nuestra guía, a Jesús por ser nuestra inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo y nuestro padres por darnos el ejemplo de vida a seguir.

A mi hijo **Josué**, como un ejemplo de superación, que a lo largo de esta investigación tuvo que estar sin su papá sin poder entender a su corta edad, porque y no jugando o paseando con él, su sonrisa me llena de ánimo y renueva mis fuerzas.

A mi **Mamá y Ruth**, por su paciencia, comprensión y apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS

- A la Dirección del Hospital Regional Moquegua, por facilitar el acceso a la información necesaria para llevar a cabo este estudio, que al final de esta investigación también serán beneficiados en darnos cuenta en que fallamos y que nos falta para ser un modelo de atención de salud en el Perú.
- A los docentes de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Altiplano, por las orientaciones que permitieron arribar a la concreción de este estudio, los cuales inculcaron en mi sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigador.
- Por último y no menos importante, me gustaría agradecer a mi Asesor M. Sc. Antonio Espillico Chique por su esfuerzo, dedicación, sus conocimientos, su persistencia y su motivación, quien a su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con el por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I**REVISIÓN DE LITERATURA**

1.1. Marco teórico	3
1.1.1. Los servicios públicos de salud en el Perú	3
1.1.1.1. Evolución de los servicios públicos de salud en el Perú	3
1.1.1.2. El sector salud en el Perú	5
1.1.2. Los programas presupuestales en salud	8
1.1.2.1. Programa articulado nutricional	8
1.1.2.3. Programa de enfermedades metaxénicas	13
1.1.2.4. Programa de enfermedades no transmisibles	17
1.1.2.5. Programa TBC – VIH sida	20
1.1.3. El control interno	22
1.1.4. El presupuesto por resultados	23
1.2. Antecedentes	24

1.2.1. A nivel internacional	24
1.2.2. A nivel nacional	27

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Identificación del problema	33
2.2. Enunciado del problema	34
2.2.1. Interrogante general	34
2.3. Justificación	34
2.4. Objetivos	39
2.4.1. Objetivo general	39
2.4.2. Objetivos específicos	39
2.5. Hipótesis	40
2.5.1. Hipótesis general	40
2.5.2. Hipótesis específicas	40

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. Ámbito de Estudios	41
3.2. Población y muestra	41
3.2.1. Población	41
3.2.2. Muestra	42
3.3. Método de investigación	42
3.4. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	42
3.5. Operacionalización de variables	43

CAPÍTULO IV**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1.	Presentación de resultados	45
4.1.2.	Programa materno – neonatal	48
4.1.3.	Programa de enfermedades metaxénicas	51
4.1.4.	Programa de enfermedades no transmisibles	55
4.1.5.	Programa TBC – VIH/Sida	58
4.1.6.	Programas en general	62
4.2.	Discusión	65
4.2.1.	En cuanto al programa articulado nutricional	65
4.2.2.	En cuanto al programa materno – neonatal	65
4.2.3.	En cuanto al programa de enfermedades metaxénicas	66
4.2.4.	En cuanto al programa de enfermedades no transmisibles	67
4.2.5.	En cuanto al programa TBC – VIH/Sida	68
4.2.6.	En cuanto a los programas en general	69
	CONCLUSIONES	72
	RECOMENDACIONES	74
	BIBLIOGRAFIA	75
	ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
1.	Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional	45
2.	Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional (Rangos)	47
3.	Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Materno – Neonatal.	48
4.	Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Materno – Neonatal (Rangos)	50
5.	Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas.	51
6.	Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas (Rangos).	53
7.	Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades no Transmisibles	55
8.	Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades No Transmisibles (Rangos)	57
9.	Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa TBC – VIH/Sida.	58
10.	Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa TBC – VIH/Sida (Rangos)	60

11. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en los Programas en General 62
12. Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en los Programas en General (Rangos). 63

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional	45
2. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Materno – Neonatal	49
3. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas	52
4. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades no Transmisibles	55
5. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa TBC – VIH/Sida	59
6. Comparación Entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en los Programas en General	62

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Matriz de consistencia de la investigación	78
2. Pruebas de normalidad	81
3. Programa de actividad	86
4. Organigrama Estructural de la Institución	92
5. Cuadro 1	93

RESUMEN

La presente investigación se planteó como objetivo analizar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en programas presupuestales del Hospital Regional de Moquegua, durante el periodo 2012 – 2013. Se plantea como un estudio con diseño no experimental transeccional descriptivo comparativo. La población está constituida por el conjunto de Programas presupuestales del Hospital Regional planificados durante el período 2012 – 2013. La muestra estuvo constituida por setenta i siete (77) programas presupuestales efectivamente realizados durante el período señalado. Para efectos de la recolección de datos, se aplicó la técnica del análisis de documentos y una ficha de registro. En los resultados, se encontró que no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, tanto a nivel general, en los programas en conjunto, como en forma específica, en cada programa presupuestal.

Palabras clave: Análisis documental, ejecución presupuestal, hospital, presupuesto, presupuesto por resultados, programas presupuestal y servicios de salud.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the correspondence between the implementation of the budget by results and the budget execution in budgetary programs of the Regional Hospital of Moquegua, during the period 2012 – 2013. It is proposed as a study with a comparative non-experimental descriptive transectional design. The population is constituted by the set of budgetary Programs of the Regional Hospital planned during the period 2012 – 2013. The sample consisted of seventy seven (77) budget programs actually carried out during the aforementioned period. For the purposes of data collection, the document analysis technique and a registration form were applied. In the results, it was found that there is no correspondence between the implementation of the budget by results and budget execution, both at a general level, in the programs as a whole, and specifically, in each budget program.

Keywords: Documentary analysis, budget execution, hospital, budget, budget for results, budget programs, health services.

INTRODUCCIÓN

En la investigación que realizamos referente a la ejecución del Presupuesto por Resultados en el sector Salud se definen un conjunto de Programas Estratégicos, hoy identificados como Programas Presupuestales, que son intervenciones articuladas del Estado, entre sectores y por niveles de gobierno, en torno a la resolución de un problema central que aqueja a la población del país. Los Programas Presupuestales en los que se está trabajando son Articulado Nutricional, Materno Neonatal, Enfermedades Trasmisibles y Enfermedades no Trasmisibles, y TBC/VIH-SIDA.

Este proceso se inicia con la Ley N° 28927 “Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007”, que dispone la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR), proceso que se fortalece el año 2008 donde se formaliza e inicia su puesta en marcha hasta la actualidad.

Este estudio se circunscribe en el marco de evaluación del Presupuesto Por Resultados (PpR), y se asume el propósito de garantizar la provisión de los servicios necesarios para alcanzar los objetivos de los programas estratégicos. En esa medida, la evaluación del Presupuesto por resultados (PpR), específicamente, la evaluación de la ejecución presupuestal, se constituye en una primera forma de acción al amparo de una cultura en la que el control interno debe ser concebido como actividad intrínseca a las operaciones de cualquier organización.

Bajo esa premisa, este estudio parte del supuesto que existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en los programas presupuestales que se manejan en el sector Salud. Dado que en la región Moquegua la concreción de éstos objetivos corre por cuenta del Hospital Regional de Moquegua, se ha considerado evaluar la correspondencia en el hospital mencionado para el periodo 2012 – 2013.

Se espera, asimismo, encontrar correspondencia no sólo en un sentido general, sino también en cada programa específico, lo cual garantizaría que la ejecución presupuestal se está realizando conforme a lo previsto por Ley y lo establecido en torno de las necesidades de la población y que se están cumpliendo los objetivos programados en cada caso. En ese sentido, se propuso como objetivo determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución

presupuestal en programas presupuestales del Hospital Regional de Moquegua, durante el periodo 2012 – 2013. Hemos realizado un análisis documental sobre la base de la información proporcionada por la Dirección del Hospital. El análisis de la información lo ejecutamos en función de la comparación del índice de implementación (que relaciona el presupuesto inicial modificado y la cantidad programada) y el índice de ejecución (que relaciona el monto devengado y la cantidad ejecutada).

El informe se ha organizado en los siguientes apartados: Capítulo I, destinado a presentar el problema de investigación, la justificación del estudio, las hipótesis que guían el estudio y los objetivos que se persiguen. Capítulo II, destinado a presentar el marco teórico del estudio. Capítulo III, donde se presenta los procedimientos metodológicos aplicados en la investigación. Capítulo IV, donde se presentan los resultados del estudio. Capítulo V, donde se exponen las conclusiones del estudio y las recomendaciones a que dan lugar. Finalmente, se adjunta la sección Anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco teórico

1.1.1. Los servicios públicos de salud en el Perú

1.1.1.1. Evolución de los servicios públicos de salud en el Perú

Las actividades gubernamentales destinadas a preservar la salud de la población se inician en la época de la colonia con la institución del Real Tribunal del Protomedicato, en 1568, por Cédula expedida por Felipe II. El tribunal tenía por finalidad garantizar el correcto ejercicio de la medicina, el funcionamiento de boticas, combatir el empirismo, clasificar plantas y hierbas medicinales, escribir la historia natural del Perú y absolver consultas del gobierno sobre el clima, enfermedades existentes, higiene y salud pública en general. El insigne médico y prócer de la independencia, don Hipólito Unanue, fue el último protomédico de la colonia (Alvarez, 2015).

Bajo el nombre de Protomedicato General del Estado, esta institución se conservó al nacer la República, llegando a tener veinte dos (22) Presidentes, el último de los cuales fue el ilustre médico Cayetano Heredia. En 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población. Seis años después, durante el gobierno de Andrés Avelino Cáceres, se pone en vigencia el Reglamento General de Sanidad que normaba las actividades de las Juntas Supremas, Departamentales y Provinciales de Sanidad en lo

concerniente a saneamiento ambiental, sanidad internacional, control de enfermedades transmisibles y ejercicio profesional (Alvarez, 2015).

Las Juntas de Sanidad constituyeron el primer intento de administración descentralizada y su reglamento, el esbozo de un Código Sanitario (Alvarez, 2015).

En 1892, se encarga a los Gobiernos Locales lo concerniente al saneamiento ambiental y en 1898 se establece la obligatoriedad de la vacunación antivariólica, hecho que origina posteriormente la creación del Instituto Nacional de Salud, dedicado a la producción de biológicos. En 1903, a raíz de un brote de peste bubónica, el gobierno determina la creación de la Dirección de Salubridad Pública, dependiente del entonces Ministerio de Fomento (Alvarez, 2015).

La preocupación y obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, posición que es ratificada en las posteriores Cartas Magnas. Las crecientes y complejas responsabilidades de la Dirección de Salubridad hacen necesario que el Gobierno la independice y cree sobre esa base un nuevo Ministerio (Alvarez, 2015).

El 05 de Octubre de 1935, al conmemorarse el 50 Aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana "Daniel A. Carrión", fue promulgado el D.L. 8124 que crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En el nuevo Portafolio se integraron la antigua Dirección de Salubridad Pública, las Secciones de Trabajo y Previsión Social, así como la de Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento; confiriéndosele además las atribuciones del Departamento de Beneficencia del Ministerio de Justicia (Alvarez, 2015).

El primer titular de Salud fue el Dr. Armando Montes de Peralta. En su trayectoria histórica, el Ministerio de Salud ha tenido que adaptarse a los cambios y necesidades de la sociedad, modificando su organización y en dos oportunidades su denominación (Alvarez, 2015).

En 1942, adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en 1968, la denominación que mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud (Alvarez, 2015).

La historia del Ministerio de Salud registra hechos importantes dignos de ser destacados. En Agosto de 1994, el Perú recibe la certificación internacional de la interrupción de la circulación del virus salvaje de la polio, al transcurrir tres años del último caso de polio en el país y en las Américas. El mantener coberturas de vacunación por encima del 90% a partir de 1995, el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud del Programa de Control de TBC del Perú como uno de los mejores del mundo y modelo para las Américas; el avance exitoso en el cumplimiento de la meta intermedia de iodización universal de la sal, constituyen méritos destacables (Alvarez, 2015).

La presente década, es protagonista de hechos de singular trascendencia que se escribirán en la historia sanitaria del país, con los cuales se garantizará la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo sólido de un Ministerio que está conformado por “Personas que atendemos personas” (Alvarez, 2015).

1.1.1.2. El sector salud en el Perú

El sector salud es el ambiente social en el que las personas, organizaciones e instituciones realizan diferentes actividades relacionadas, directa o indirectamente, con la salud individual o colectiva en el país. En el Perú, los servicios de salud son proporcionados por dos sectores: el sector público y el sector privado. El sector público está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA) y sus Instituciones Descentralizadas tales como las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA); el Seguro Social del Perú (EsSalud) regido por el Ministerio de Trabajo y las Sanidades de la Policía, el Ejército y la Marina. Por otro lado, el sector privado está compuesto por las empresas privadas (firmas de proveedores y compañías de seguros), las instituciones sin fines de

lucro, los profesionales médicos y paramédicos privados que proporcionan servicios de salud así como los que suministran medicina tradicional o indígena (MINSa, www.minsa.gob.pe, 2015).

El subsector público está dividido en tres niveles geográficos: nacional, regional y local. El primero es dirigido por el MINSa, que es responsable de los lineamientos de la política del Sector Salud así como de las regulaciones y procesos que controlan las actividades de salud. Además, el MINSa era la más importante entidad proveedora de servicios de salud; hecho que está cambiando con la consolidación del proceso de descentralización. El campo normativo, de competencia, propósito y organización del MINSa, de sus instituciones descentralizadas y de sus entidades de apoyo se encuentra definido en la ley del MINSa y sus estatutos que le asignan la gestión de los sectores del Sistema Nacional de Salud.

El subsector público ha pasado por dos importantes procesos. El primero es el proceso de descentralización de los servicios de salud, iniciado en el 2003. Este proceso se define como la reubicación del poder desde el nivel central hacia los niveles regionales y locales. Por ser política nacional y estatal, el proceso de descentralización en una forma de organización para el Gobierno Nacional y sus instituciones, estimulando fuertemente al MINSa y, aunque en menor grado, a los otros actores públicos del sector salud, tales como EsSalud y las sanidades de la Policía, el Ejército y la Marina. El proceso está actualmente en la fase de delegación formal de las tareas de salud a las autoridades de las Regiones.

El segundo proceso, recientemente aprobado por el Congreso en marzo del 2009, es el Aseguramiento Universal. El SIS (Seguro Integral de Salud) es un programa de aseguramiento de salud del Estado, dirigido a la gente pobre con menor acceso a servicios médicos. El SIS fue creado en el 2002 absorbiendo el Seguro Materno Infantil de Salud. Desde entonces ha ampliado su cobertura. Contó, al final del 2008, con 10'358,793 de asegurados (SIS, 2008). El SIS fue un concepto clave para avanzar en el proyecto del aseguramiento universal, hasta el grado que en

la actualidad (2014), se ha convertido en un servicio de amplísima cobertura, que pasó de identificarse con los estratos más pobres, a dirigirse a todo peruano que no cuenta con seguro en EsSalud (ESSALUD, 2015).

De acuerdo a la ley marco, Ley 29344 del Aseguramiento Universal, la principal meta es cubrir a todos los residentes peruanos con un mínimo de servicios de salud (incluyendo prevención, promoción, recuperación y rehabilitación); estos servicios están determinados en el Plan Esencial de Asistencia en Salud (PEAS). El PEAS cuenta con 185 beneficios, que incluyen obstetricia, ginecología, pediatría, oncología, enfermedades contagiosas y no contagiosas. La Ley fue publicada en abril del 2009 para ser aplicada progresivamente, empezando por las regiones más pobres del país. El proyecto piloto empezó en el 2010 en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, las tres regiones más pobres del Perú. El bastante ambicioso plan del Gobierno es empezar garantizando 140 beneficios, cerca del 65% del peso del PEAS (MINSAL, 2015).

Las DIRESAs son las organizaciones del sector salud en los gobiernos regionales. Estos gobiernos gozan de cierta independencia en medidas políticas, económicas y administrativas y proporcionan servicios de salud a través de su red de establecimientos organizada en tres niveles de asistencia de acuerdo a la complejidad del caso. En el campo local, la Municipalidad y las organizaciones de caridad son las responsables de la administración y del presupuesto de algunos de los establecimientos de salud (MINSAL, www.gob.pe, 2015).

Las instancias de salud de la Policía, el Ejército y la Marina proporcionan los servicios de salud a sus miembros, familiares directos y trabajadores a través de sus propios establecimientos de salud. Ellos se financian principalmente con fondos del Tesoro y, en una menor proporción, con los recursos directamente recaudados por los servicios brindados.

Por otro lado, EsSalud es la institución responsable de la seguridad social en el sector salud, y depende del Ministerio de Trabajo. De acuerdo con la ley de su creación, esta institución proporciona servicios económicos,

sociales y de salud que complementan su rol de aseguramiento. En EsSalud están afiliados la mayoría de los trabajadores del sector formal de la economía y sus dependientes directos. Esta entidad está financiada por las contribuciones en planillas y proporciona servicios de salud a través de sus instituciones especializadas y una red de hospitales, policlínicos, centros médicos y de emergencia. El proceso de modernización de la seguridad social en salud ha consistido en la ruptura parcial del sistema monopólico de proveedor de EsSalud. Ahora, la seguridad social se complementa con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), debidamente acreditadas por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, que proporcionan servicios de salud de baja complejidad en establecimientos privados. La aparición de las EPS en el año 2005, logró el 9.3% de los recursos financieros totales, acumulados en dos y luego tres fondos. Este porcentaje empieza a acercarse al 11% que manejan los seguros privados. Los beneficios del sistema de EPS son básicamente tres: Conocimiento de los mecanismos operativos de los proveedores del sector privado; celeridad en la adopción de métodos y mecanismos sugeridos por el MINSA; y transparencia y responsabilidad.

Por otra parte, los proveedores privados de servicios de salud formales son las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y dentales, los laboratorios y los servicios de diagnóstico por imágenes. Como proveedores informales, podemos mencionar a los proveedores de medicina tradicional.

1.1.2. Los programas presupuestales en salud

1.1.2.1. Programa articulado nutricional

a) **El programa articulado nutricional.**- El Programa Articulado Nutricional del Presupuesto por Resultados tiene como objetivo central disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, para lo cual prioriza y articula un conjunto de intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental buscando generar sinergias entre ellas en función de este resultado común.

El Programa está diseñado bajo un esquema de Modelo Lógico, es decir, estableciendo, en base a análisis y evidencias, las principales causas que tengan repercusión directa e indirecta en la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en el país. El Modelo Lógico nos servirá para explicar la relación entre los recursos asignados, las intervenciones públicas (el funcionamiento de los servicios públicos) y los resultados esperados en la mejora de las capacidades nutricionales de los niños menores de cinco (5) años, es decir para evaluar de mejor manera la eficacia del Programa.

b) **Fases del programa**

Monitoreo del programa articulado nutricional.- Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local. Permite comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados. Implica un seguimiento periódico (mensual) de los indicadores, avance de la ejecución de las metas físicas de cada producto del nivel nacional, regional o local según corresponda, de los procesos de adquisiciones y distribución y avance de la ejecución presupuestal.

Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores de resultados programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.

Para ello, se requiere contar con información válida proveniente de reportes de los diferentes sistemas implementados en los diferentes niveles: Reportes estadísticos de actividades, reportes del Sistema de vigilancia epidemiológica, reportes del SIEN, SIS, SIGA, SIAF, HIS, etc.

Se trata, en suma, de una actividad realizada de manera conjunta, integrada y articulada por los diferentes profesionales y/o personal de salud con competencias en temas de epidemiología, estadística, presupuesto, logística, metas físicas, indicadores de salud, de los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de atención.

Evaluación del programa articulado nutricional.- Se define como el proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal PAN en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. La evaluación es realizada por DISA/DIRESA/GERESA, INS y MINSA, según corresponda.

Supervisión del programa articulado nutricional.- Se define como es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión.

Esta actividad es realizada por el equipo técnico y de gestión e implica un seguimiento trimestral de las DIRESA/DISA/GERESA a las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud y de las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud a las Micro redes de Salud (EE.SS). Como paso previo los supervisores deben analizar los indicadores de gestión y producción de las unidades o establecimientos a supervisar con el fin de incidir en los

procesos críticos que impiden la adecuada entrega de los productos del programa presupuestal a la población, o aquellos procesos que limitan el logro de los resultados sanitarios. El proceso de supervisión debe estar ligado a procesos de análisis, planificar las medidas correctivas, ejecutarlas, y verificar los cambios en los procesos que permitan lograr la adecuada entrega de los productos para el logro de los resultados del programa presupuestal.

La asistencia técnica en este caso se da por el acompañamiento técnico especializado que se realiza al trabajador y equipo de trabajo, caracterizado por la ejecución de acciones de soporte en el que se desarrolla un proceso de enseñanza-aprendizaje ligado directamente a un aspecto específico u operativo del desempeño laboral. Puede estar ligado a la capacitación o realizarse directamente a solicitud de la instancia regional.

Esta actividad es realizada por el equipo técnico de gestión del Nivel Nacional (Ministerio de Salud, INS, INEN, entre otros) al Nivel Regional (DIRESA, DISA o GERESA), que se desarrollara semestralmente (2 veces por año).

1.1.2.2. Programa materno – neonatal

a) En torno al programa materno – neonatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad que existe entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna, en contraste a cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil en los países en desarrollo son, en promedio, 10 veces mayores a los de en los países desarrollados, la mortalidad materna es, a su vez, 100 veces más alta (OMS, 2015).

Para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, se requiere contar con servicios de salud de calidad, donde los equipos de

profesionales trabajen por la mejora continua de las intervenciones de salud para así cubrir las necesidades médicas de las mujeres y niños usuarios. En este sentido, es necesario definir un conjunto de intervenciones que demanden de consenso, de políticas nacionales, y estrategias que incorporen de manera decidida a la comunidad y a otros sectores, además del sector Salud.

En ese marco, se desarrolla el Programa Materno – Neonatal que está orientado a conseguir resultados vinculados a mejorar la salud materna y neonatal, para lo cual comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

b) **Fases del Programa**

Monitoreo del programa salud materno neonatal.- Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local. Permite comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados.

Implica un seguimiento periódico (mensual) de los indicadores, avance de la ejecución de las metas físicas de cada producto del nivel nacional, regional o local según corresponda, de los procesos de adquisiciones y distribución y avance de la ejecución presupuestal.

Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores de resultados programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y

nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.

Evaluación del programa salud materno neonatal.- Esta fase se identifica como el proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del Programa Presupuestal Materno Neonatal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo.

La evaluación es realizada por DISA/DIRESA/GERESA, INS y MINSA, según corresponda. La evaluación incluye: Evaluación de Intervenciones: Conjunto de herramientas que son utilizadas para medir la efectividad de las intervenciones realizadas en el SMN, así como los factores relacionados a los pacientes, al sistema de salud, a los servicios de salud y a los factores socioeconómicos; a través de diseños cualitativos, encuestas, estudios observacionales y experimentales, análisis de bases de datos secundarios entre otras herramientas.

Supervisión del programa salud materno.- Se identifica como un proceso de interacción aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, prestación a nivel regional y local; articulando los componentes Esta actividad es realizada por el equipo técnico DIRESA/DISA/GERESA a las Redes o Unidades Ejecutoras Microrredes de Salud (EE.SS).

1.1.2.3. Programa de enfermedades metaxénicas

a) Acciones contra las enfermedades metaxénicas

Las enfermedades metaxénicas, en el Perú, en las últimas décadas constituyen los principales de problemas de salud, que afectan a las poblaciones más pobres de menos acceso y están catalogadas entre las

reemergentes, afectando grandes proporciones de población, con gran impacto sobre la salud pública nacional (MINSA, minsa.gob.pe, 2015).

La Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmaniosis y Tripanosomiosis son los 05 problemas de salud abordados desde la ESN de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxenicas y Otras Transmitidas por Vectores, cuyo incremento en la transmisión e incremento de los factores de riesgo, ha hecho prioritario su abordaje. Problemas de salud pública que permanente amenazan la salud de la población, son condicionados por múltiples factores, algunos de los cuales la intervención del hombre es casi nula, el desencadenamiento de estas está relacionado con los desequilibrios entre las variables climatológicas, pluviosidad, movimiento migracional, temperatura, siembra y cultivos, razón por la que la responsabilidad de controlar y/o mantener estas variables en equilibrio, es tarea de todos, desde el Estado Peruano y todas sus organizaciones directamente relacionadas con la supervivencia de la población (agricultura, comercio, trabajo, industria y turismo).

La tasa de afectación sobre la población, están relacionadas con la capacidad de respuesta de los servicios de salud, la cobertura de estos sobre los ámbitos adjudicados, oportunidad de la identificación, sensibilización de la población para el control de algunas variables intervinientes, la especie vectorial predominante, determinada específicamente por los cambios climatológicos, cepas circulantes, disponibilidad de recursos oportunos y suficientes, respuestas los esquemas de tratamiento sin embargo existen algunos factores como los desencadenados por los efectos del fenómeno del niño que facilita la reproducción vectorial, constituyéndose uno de los principales desencadenantes de la notificación de brotes de las ETVs, en fases pre, durante y después de los efectos.

Con relación a la afectación por grupos etéreos, este es similar para todos los grupos, observándose últimamente un giro hacia el menor de 14 años y al en edad productiva, sin embargo constituye un grupo de mayor riesgo los niños, madres gestantes y ancianos. Una explicación de este

fenómeno se debe a que la población infantil, por la crisis económica que afecta a nuestro país, se está integrando a temprana edad en la PEA lo cual los hace más vulnerables a estos daños, expresando indirectamente que las poblaciones de menores recursos serían mayormente las afectadas.

Múltiples esfuerzos desarrollados desde el sector con estrategias adecuadas a las poblaciones menos accesibles han permitido disminuir complicaciones y mortalidad. Aunque se conoce que la malaria y otras enfermedades metaxénicas, constituyen un serio problema en las comunidades indígenas, no se tiene información exacta sobre su incidencia y dispersión entre las mismas, como también es limitada la información sobre la situación de salud de la población indígena y las poblaciones excluidas.

La respuesta del Ministerio de Salud (MINSA) a esta alarmante reemergencia de las metaxénicas, ha tenido éxito en reducir los niveles de transmisión en las áreas más contundidas, la capacidad organizativa de los servicios y la articulación con el trabajo de colaboradores voluntarios ha permitido controlar de manera eficiente reservorios humanos en tiempos adecuados. Sin embargo, para reducir aún más el nivel de transmisión y la morbilidad causada por estas, y evitar y controlar epidemias en el futuro, es necesario, contar con mayor información en relación con al huésped, el vector, la transmisión, la epidemiología, y las medidas de control en el país, y tener el personal de salud entrenado para implementar esas medidas.

b) **Fases del programa de enfermedades metaxénicas**

Monitoreo del programa de metaxénicas y zoonosis.- Esta fase consiste en una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos

del nivel nacional, regional y local. Permite comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados.

Implica un seguimiento periódico (mensual) de los indicadores, avance de la ejecución de las metas físicas de cada producto del nivel nacional, regional o local según corresponda, de los procesos de adquisiciones y distribución y avance de la ejecución presupuestal.

Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores de resultados programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.

Evaluación programa de metaxénicas y zoonosis.- Esta fase se define como el proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal Metaxénicas y Zoonosis en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. La evaluación es realizada por DISA/DIRESA/GERESA, INS y MINSA.

Supervisión programa de metaxénicas y zoonosis.- Se define como un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión.

Esta actividad es realizada por el equipo técnico de gestión e implica un seguimiento trimestral de las DIRESA/DISA/GERESA a las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud y de las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud a las Micro redes de Salud (EE.SS). Como paso previo los supervisores deben analizar los indicadores de gestión y producción de las unidades o establecimientos a supervisar con el fin de incidir en los procesos críticos que impiden la adecuada entrega de los productos del programa presupuestal a la población, o aquellos procesos que limitan el logro de los resultados sanitarios. El proceso de supervisión debe estar ligado a procesos de análisis, planificar las medidas correctivas, ejecutarlas, y verificar los cambios en los procesos que permitan lograr la adecuada entrega de los productos para el logro de los resultados del programa presupuestal.

1.1.2.4. Programa de enfermedades no transmisibles

a) En torno al programa de enfermedades no transmisibles

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Las ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 80% de las muertes por ENT, 29 millones. Son la principal causa de mortalidad en todas las regiones, excepto en África. Pero según las estimaciones actuales, en 2020, los mayores incrementos de la mortalidad por ENT corresponderán a ese continente. En los países africanos, se prevé que las defunciones por ENT superarán la suma de las causadas por las enfermedades transmisibles y nutricionales y por la morbilidad materna y perinatal como causa más frecuente de muerte en 2030.

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo intermedios" que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular, una de las ENT.

Para enfrentar adecuadamente este tipo de males, se ha desarrollado el Programa de Enfermedades No transmisibles como un programa orientado a disminuir la incidencia de enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, ceguera por catarata, salud mental, salud bucal, etc). Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

b) **Fases del programa de enfermedades no transmisibles**

Monitoreo del programa de no trasmisibles.- Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal No Trasmisibles (diabetes, Hipertensión arterial, intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas, etc) así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la

asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local. Permite comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados.

Implica un seguimiento periódico (mensual) de los indicadores, avance de la ejecución de las metas físicas de cada producto del nivel nacional, regional o local según corresponda, de los procesos de adquisiciones y distribución y avance de la ejecución presupuestal. Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores de resultados programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.

Evaluación del programa de no transmisibles.- Se identifica como el proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal enfermedades no transmisibles en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. La evaluación es realizada por DISA/DIRESA/GERESA, INS y MINSA.

Supervisión del programa de no transmisibles.- Se identifica como un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión. Esta actividad es

realizada por el equipo técnico de gestión e implica un seguimiento trimestral de las DIRESA/DISA/GERESA a las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud y de las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud a las Microrredes de Salud (EE.SS). Como paso previo los supervisores deben analizar los indicadores de gestión y producción de las unidades o establecimientos a supervisar con el fin de incidir en los procesos críticos que impiden la adecuada entrega de los productos del programa presupuestal a la población, o aquellos procesos que limitan el logro de los resultados sanitarios. El proceso de supervisión debe estar ligado a procesos de análisis, planificar las medidas correctivas, ejecutarlas, y verificar los cambios en los procesos que permitan lograr la adecuada entrega de los productos para el logro de los resultados del programa presupuestal.

1.1.2.5. Programa TBC – VIH sida

a) En torno al programa TBC – VIH sida

El MINSA mantiene registros de dos enfermedades transmisibles: el SIDA y la tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa aguda o crónica producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* que puede afectar a cualquier tejido del organismo, aunque se suele localizar en los pulmones. La enfermedad no suele aparecer en animales en su hábitat natural pero puede afectar al ganado vacuno, porcino y avícola.

Los bacilos de la tuberculosis son transmitidos por el esputo como gotitas suspendidas en el aire o por partículas de polvo y rara vez por excrementos o alimentos. A diferencia de otras enfermedades infecciosas, la tuberculosis no tiene un periodo de incubación específico. El bacilo puede permanecer latente en el organismo durante un largo periodo, hasta que una disminución de las defensas le da la oportunidad de multiplicarse y producir los síntomas de la enfermedad. Una vez que la enfermedad está bajo control, el paciente puede volver a su actividad normal.

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas. El VIH se transmite por contacto directo, vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido.

b) **Fases del programa TBC – VIH Sida**

Monitoreo del programa de TB — VIH Sida.- Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local. Permite comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados. Implica un seguimiento periódico (mensual) de los indicadores, avance de la ejecución de las metas físicas de cada producto del nivel nacional, regional o local según corresponda, de los procesos de adquisiciones y distribución y avance de la ejecución presupuestal. Y se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores de resultados programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.

Evaluación del programa TB — VIH Sida.- Se define como el proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y

eficiencia, del Programa Presupuestal VIH-SIDA y Tuberculosis en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. La evaluación es realizada por DISA/DIRESA/GERESA, INS y MINSA, según corresponda.

Supervisión del programa de TB — VIH Sida.- Se define como un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión. Esta actividad será realizada por el equipo técnico de gestión e implica un seguimiento trimestral de las DIRESA/DISA/GERESA a las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud y de las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud a las Microrredes de Salud (EE.SS). Como paso previo los supervisores deben analizar los indicadores de gestión y producción de las unidades o establecimientos a supervisar con el fin de incidir en los procesos críticos que impiden la adecuada entrega de los productos del programa presupuestal a la población, o aquellos procesos que limitan el logro de los resultados sanitarios. El proceso de supervisión debe estar ligado a procesos de análisis, planificar las medidas correctivas, ejecutarlas, y verificar los cambios en los procesos que permitan lograr la adecuada entrega de los productos para el logro de los resultados del programa presupuestal.

1.1.3. El control interno

El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos

públicos. Constituyen componentes del control interno el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento.

El control interno está orientado a cumplir con el ordenamiento jurídico, técnico y administrativo, promover eficiencia y eficacia de las operaciones de la entidad y garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, así como la adopción de medidas oportunas para corregir las deficiencias de control.

En forma general, persigue como objetivos los siguientes:

- Promover la eficiencia, eficacia y economía de las operaciones bajo principios éticos y de transparencia.
- Garantizar la confiabilidad, integridad y oportunidad de la información.
- Cumplir con las disposiciones legales y la normativa de la entidad para otorgar bienes y servicios públicos de calidad.
- Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

1.1.4. El presupuesto por resultados

Según el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) el presupuesto por resultados es una estrategia de gestión pública relacionada con la asignación de recursos a resultados medibles en favor de los ciudadanos, este tipo de presupuesto requiere de una definición de los resultados a lograr, la determinación de responsables, el compromiso para alcanzar dichos resultados, los procedimientos de generación de información así como la rendición de cuentas.

En ese sentido, es un esquema de presupuesto que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones.

El presupuesto por resultados se implementa de forma progresiva a través de los programas presupuestales, las acciones de seguimiento del desempeño y las

evaluaciones realizadas a la gestión (entre otros instrumentos que determine el MEF) a través de la Dirección General de Presupuesto Público (en colaboración con las demás entidades y organismos del Estado).

a) **Presupuesto por resultados en el sector salud.**- En el marco del enfoque de Presupuesto por Resultados, en el contexto del Sector Salud se definen los llamados programas estratégicos, ahora llamados Programas Presupuestales, como intervenciones articuladas del Estado, entre sectores y por niveles de gobierno, en torno a la resolución de un problema central que aqueja a la población del país. Constituyen el elemento de gestión fundamental del presupuesto por resultados; en tal sentido, responden a un modelo causal para lograr resultados, cuyos niveles guardan una relación lógica de medios-fines, a partir de los insumos, subproductos, productos, resultados intermedios y finales asociados con el conjunto de intervenciones que lo constituyen.

El Ministerio de Salud ha definido y estandarizado los productos de los dos primeros Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Materno Neonatal a ser entregados directamente al ciudadano, en talleres de trabajo con las DISA y DIRESA/GERESA, realizados durante el año 2008 y principios del 2009, los mismos que están reflejados en el primer documento técnico aprobado en febrero del 2010 mediante Resolución Ministerial 098-2010/MINSA: "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neoanatal" y la "Estructura de Costos de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal" (MINSA, www.gob.pe, 2015).

1.2. Antecedentes

1.2.1. A nivel internacional

Cecchini y Madariaga (2011) realizaron un estudio en el cual se procura identificar el papel que cumplen los programas de transferencias condicionadas, o "con corresponsabilidad" (PTC), durante los últimos 15 años en la región (América Latina). Estos programas buscan transformar y detener la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante el desarrollo de las capacidades humanas en las familias más vulnerables. Con este fin, los PTC entregan

transferencias monetarias directas y establecen condicionalidades centradas en la asistencia a la escuela y a los controles de salud (Cecchini, 2011).

Entre sus resultados, se tienen los siguientes:

- En el programa Familias en Acción de Colombia, las familias incrementaron un 15% su consumo de alimentos en comparación con el año anterior; y el consumo de proteínas aumentó incluso en forma más proporcional que el de alimentos en general. En el programa Tekoporã del Paraguay, el consumo general de los hogares se incrementó un 9%, con fuerte presencia del autoconsumo, mayor diversidad de alimentos consumidos por las familias usuarias y modificación positiva de la dieta. Y en la Red de Protección Social de Nicaragua también hubo impacto positivo en el patrón de gasto de los hogares usuarios y alza en el consumo de alimentos. (PSAN, 2015)
- En el caso de Honduras, en una evaluación del PRAF/BID II, la transferencia no había producido un incremento en el consumo de alimentos en el hogar, probablemente debido al bajo monto de dicha transferencia, que cubría menos del 3,6% de los gastos totales de las familias. Y en el caso de Ecuador, en el programa Bono de Desarrollo Humano, tampoco se encontraron resultados significativos.
- En los hogares usuarios de Progresá, el programa ha incidido en el mejoramiento de la calidad de la dieta, con mayor consumo de frutas y verduras, por una parte, y de productos de origen animal, por otra.
- La evidencia recopilada respecto del aumento del consumo de productos de mejor calidad es similar en el caso del programa PRAF de Honduras y la RPS de Nicaragua, sobre todo entre los hogares más pobres.
- En el programa Bolsa Familiar, en Brasil, aun cuando el consumo de leche se incrementó en 63% de los hogares usuarios, los alimentos cuyo consumo tuvo un mayor incremento fueron los azúcares, seguidos por el arroz y los cereales. Reducir la cantidad.

Arenas y Berner (2010) realizaron un estudio en Chile, en el que se evalúa la implementación de los sistemas de evaluación y control de gestión desde sus inicios durante la administración de Bachelet (Arenas, 2010).

Entre los resultados a destacar se tienen:

- Es importante que la implementación de los sistemas de evaluación y control de gestión esté institucionalmente cerca del proceso presupuestario, no sólo debido a sus efectos positivos sobre el trabajo de formulación y ejecución del Presupuesto, sino también porque la percepción de que los resultados de las evaluaciones y del cumplimiento de las metas de los indicadores pueden tener un efecto en la asignación de los recursos, refuerza el compromiso de las instituciones evaluadas e incrementa la probabilidad de que las recomendaciones surgidas de dicho proceso sean efectivamente implementadas.
- En relación a la evaluación de programas e instituciones, se considera importante que existan distintas metodologías de evaluación, que se complementen entre ellas y permitan responder adecuadamente a las necesidades de información de las autoridades del Ministerio de Hacienda, SEGPRES y MIDEPLAN y del Congreso Nacional.
- Las evaluaciones de impacto, siendo más costosas y técnicamente más complejas que las evaluaciones EPG, aportan importante información relativa a resultados finales sobre la población beneficiaria, lo que contribuye a un mejor diseño de programas y políticas públicas.
- A través de las evaluaciones realizadas ha quedado en evidencia la necesidad de mejorar los sistemas de información de los programas e instituciones, de modo de entregar en forma oportuna y confiable la información necesaria para evaluar sus resultados.
- La presentación de programas al Presupuesto ha permitido realizar revisiones ex antes de ciertos elementos del diseño de los programas, especialmente en lo relacionado con una clara definición del problema que se pretende resolver, de la población objetivo que se pretende alcanzar, los resultados e impactos que se quieren lograr sobre ésta y la

situación inicial de la población objetivo respecto de estos resultados (línea base).

Cortez (2008) referido en Alarcón (2009) realizó un estudio en Argentina, en el que se evalúa el Plan Nacer en Argentina, complemento financiero que otorga el Gobierno Nacional a los gobiernos provinciales, con el fin de financiar un seguro materno infantil, cuya cobertura se concentra en las mujeres gestantes y los niños menores de 6 años que no tienen seguro de salud (Cortez, 2008).

Entre los resultados del estudio se señalan los siguientes:

- El seguro es administrado por los gobiernos provinciales y recibe transferencias financieras del Gobierno Nacional a través del establecimiento de Acuerdos Marco y de Resultado entre ambos niveles de gobierno.
- Los recursos transferidos sólo pueden ser utilizados para el pago de los servicios de salud de la población elegible. Estas transferencias se realizan a través de un mecanismo capitado, el cual se divide en dos etapas: el 60% del total del cápita es transferido sujeto a la afiliación de la persona y el 40% restante sujeto al cumplimiento de metas trazadoras o resultados sanitarios.
- Aproximadamente, se transfiere un total de \$60 por cada persona elegible.

1.2.2. A nivel nacional

La Mesa de concertación para la Lucha contra la Pobreza (2012) desde el año 2008, realiza un seguimiento concertado entre instituciones del Estado y Sociedad Civil a los Programas Presupuestales Estratégicos que priorizan la atención a la Infancia, entre ellos al Programa Articulado Nutricional, con la finalidad de contribuir a mejorar la gestión del programa y desarrollar un compromiso común con las diversas mejoras propuestas. En este reporte desarrolla un balance de la ejecución del Programa Articulado Nutricional (PAN) en el año 2011 (PAN, 2011).

Entre sus conclusiones se señalan las siguientes:

- Se mantiene la tendencia al alza en la asignación al programa y se da un extraordinario incremento del 80% para el año 2012, a 372 millones de soles asignados, en su mayoría, a los Gobiernos Locales.
- Se incrementa de manera principal, el peso de las asignaciones en vacunación a menores de 5 años y seguimiento y desarrollo del niño (CRED), alcanzando ambos el 48.6% del total del presupuesto del Programa.
- La participación de los Gobiernos Locales sube a un 18%, explicada fundamentalmente por el incremento de proyectos de inversión (328 millones). El Gobierno Nacional baja su participación aunque mantiene más o menos estable el monto presupuestal y los Gobiernos Regionales incrementan su presupuesto (en 123 millones) pero disminuyen su participación a 32%.
- Se prioriza la consecución de resultados que responde a un problema o necesidad que se busca superar y no se pretende partir de la “justificación” de los costos de los programas existentes en cada institución y los insumos que ésta requiere.
- Se ha avanzado con el diseño de 15 Programas Estratégicos que han permitido orientar un 13,2% del presupuesto total excluyendo los gastos financieros y previsionales, hacia resultados finales.
- Anualmente se elabora un mayor número de Evaluaciones Independientes del Diseño y Ejecución Presupuestaria, habiéndose realizado diez evaluaciones en 2009 que representan un 14% del presupuesto y que generan matrices de compromisos con cada Unidad Ejecutora involucrada.
- Se avanzó con el seguimiento de indicadores de producto y de resultado y se ha establecido la primera línea de base para los principales indicadores de resultados de los primeros Programas Estratégicos, así como el primer reporte de avances en materia de resultados al 2009, con la rigurosidad apropiada que permite que las cifras sean auditables externamente.

- En materia de ejecución presupuestaria, se ha culminado la aplicación de sistemas de gestión administrativa que permite un planeamiento y ejecución operativa de los productos, y de las adquisiciones y contrataciones de las agencias de gasto, basadas en estructuras de costos y “carteras de clientes” que se desea atender.

Seinfeld (2010) en un estudio realizado en Lima, analiza el Programa Estratégico de salud Materno - neonatal (PsMn), uno de los cinco programas presupuestarios creados en el marco del Presupuesto Básico de Funcionamiento. El estudio se enfoca en el presupuesto para partos institucionales, dado que el estado peruano ha priorizado los partos institucionales al considerar la reducción de la mortalidad infantil como el Primer Objetivo sanitario nacional en su Plan nacional coordinado de salud (2007- 2020). Este programa estratégico recibió 361'623,892 nuevos soles en el 2008, lo que representa 0.5% del Presupuesto nacional y 4% del presupuesto del Minsa. Los partos implican alrededor del 42% del total del PSMN convirtiéndose en el más importante componente particular (Seinfeld, 2010).

Entre sus resultados, destacan los siguientes:

- Los gastos de salud del MINSA por el período 2006-2008 no presentan una tendencia positiva; al contrario, cayeron en el 2008. El gasto per cápita fue de 50 dólares en el 2008.
- Al presupuesto deficiente se suman las ineficiencias que tienen lugar en el sistema: 1) El financiamiento del sector público ha sido históricamente establecido por el MEF, que asigna los fondos siguiendo tendencias históricas, aún para los programas de presupuesto por resultados recientemente introducidos; no existe una correspondencia entre la eficiencia para aplicar los recursos y el presupuesto asignado. 2) La estructura organizacional no está bien relacionada con la estructura presupuestal, pues los planes terminan siendo ajustados a la lógica del presupuesto, lo que dificulta realizar un seguimiento de los gastos en salud de los gobiernos regionales. 3) Aun cuando los recursos humanos son uno de los recursos estratégicos para la asistencia sanitaria, su buen rendimiento necesita de insumos y de infraestructura. La participación de

los recursos humanos en el presupuesto es, en promedio, el 60% del gasto total en salud.

- Al diferenciar el presupuesto según programas de gastos, la mayoría de los gastos de salud se concentra en el Programa de Salud Individual (74.5% en 2008), que representa todas las atenciones en hospitales centros de salud y postas, tanto básicas como especializadas. A pesar de que la salud individual es el principal programa, el gasto de capital en esta categoría es muy bajo.
- Al revisar el presupuesto por tipo de establecimientos, los hospitales ejecutan, en general, más recursos que cualquier otro tipo de instalación; en segundo lugar, están los centros de salud, hospitales de menor complejidad y postas de salud. Así, 20% de la gente que asiste a los establecimientos del MINSA lo hace en hospitales (aproximadamente 610 mil personas). Sin embargo, los hospitales tienen costos de atención más altos debido a los mayores costos de administración e infraestructura, aunque tratan problemas más complejos y más caros de salud.
- Los gobiernos regionales están empezando a ejecutar directamente mayor proporción de recursos del tesoro público.
- Tres aspectos destacan respecto al programa de salud materno - neonatal:
1) Mientras el presupuesto debería ser asignado de acuerdo al rendimiento del año anterior, el MEF todavía lo asigna sobre bases históricas. 2) No hay coherencia entre lo que fue planificado originalmente para el 2008 y lo que fue realmente ejecutado. 3) No sólo es bastante baja la eficacia para llevar adelante proyectos de inversión sino que el presupuesto destinado a capital es, en general, bajo en relación a las necesidades, especialmente dado el déficit en infraestructura y equipamiento.
- Sobre el componente parto institucional del PSMN, los resultados indican que su ejecución es más alta y parece haber más correspondencia

entre lo que fue presupuestado y lo ejecutado. La mayoría de las metas fueron cumplidas.

Management Sciences for Health (2008) realizó en Lima la consultoría Diseño de instrumento de planificación financiera que contenga una estructura de costos de las intervenciones de Promoción de la Salud en el marco del Presupuesto por Resultados (PPR), para la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) del Ministerio de Salud (MINSA), con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la capacidad de planeamiento financiero de la DGPS y de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs), a través de la adecuación del Instrumento de Planeamiento Financiero (IPF- PPR) desarrollado para el sector salud, y la asistencia técnica en la implementación del IPF-PPR actualizado, para su aplicación en las regiones (Health, 2008).

Entre los resultados del estudio se señalan los siguientes:

- Se dispone actualmente de una versión del IPF-PPR actualizada con las finalidades presupuestales de promoción de la salud de PPR. La misma está en condiciones de ser aplicada a nivel del MINSA, DIRESAs, redes, microrredes y unidades ejecutoras, según sea necesario.
- La adecuación del IPF-PPR implicó la incorporación de los procesos que permiten operativizar los criterios de programación de las nuevas tareas que corresponden a las intervenciones de promoción de la salud, así como la estructura de costos definidas para cada una de las mismas.
- Los criterios de programación corresponden a los procedimientos operativos a seguirse para determinar las metas que deben programarse durante un periodo presupuestal (2009). Dicho procedimiento ha sido expresado en una fórmula matemática que combina algunas variables y/o datos, de tal manera que cuando se dispone de los valores de dichas variables y/o datos sea posible estimar automáticamente la meta correspondiente a cada tarea considerada. Los criterios han sido definidos por la DGPS, a través de reuniones de trabajo sostenidas para la caracterización detallada de las actividades referidas.

- Se han incorporado en el IPF-PPR los procesos correspondientes a los criterios de programación y costos correspondientes a todas las finalidades presupuestales PPR, tanto para el Programa Estratégico Materno Neonatal, como para el Articulado Nutricional.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Identificación del problema

La asignación, ejecución y evaluación del Presupuesto por resultados (PpR), de los programas presupuestales en salud, el mismo que se inició en el 2007 en el Perú, con la puesta en funcionamiento de los primeros 02 Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Materno Neonatal; el que para el año 2010 se incrementó 03 nuevos Programas Estratégicos: VIH-SIDA y TBC, Enfermedades Trasmisibles (Metaxénicas y Zoonosis) y Enfermedades no Trasmisibles (Salud Mental, Salud Ocular, Salud Bucal, Metales Pesados, Hipertensión y Diabetes), los mismo que tiene problemas para conseguir su objetivos, de acuerdo a los recursos financieros asignados.

Problemas derivados por la acción o inacción del Pliego Regional, demoras en aprobación de PCA, concentración de recursos para ejecución de inversiones o equipamiento, entre otros.

Dificultades en la identificación de las específicas de gasto en las transferencias del nivel nacional; falta de definiciones operacionales, criterios de programación y Estructura de Costos, listados de insumos no actualizados o falta de información de los cambios en los PPR.

2.2. Enunciado del problema

2.2.1. Interrogante general

¿Cuál es el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en Programas Presupuestales del Hospital Regional de Moquegua, durante el periodo 2012 – 2013?

2.2.2. Interrogantes específicas

- ¿Cuál es el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, durante el periodo 2012 - 2013?
- ¿Cuál es el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno – Perinatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 - 2013?.
- ¿Cuál es el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 - 2013?.
- ¿Cuál es el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 - 2013?.
- ¿Cuál es el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 - 2013?.

2.3. Justificación

Esta investigación se circunscribe en el marco de evaluación del Presupuesto por resultados (PpR), proceso que se inició en el Perú desde el año 2007, con la finalidad de

asegurar que la población reciba los bienes y servicios que requieren las personas, en las condiciones deseadas a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida, así se hizo la entrega de los primeros Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Materno Neonatal, y se asume el propósito de garantizar la provisión de los servicios necesarios para alcanzar los objetivos de los programas estratégicos.

Aunque en nuestro país el marco de evaluación del Presupuesto por resultados (PpR) parece desligado conceptualmente de la noción de control interno, lo cierto es que las actividades de control se dan en toda la organización, en todos los niveles y en todas las funciones, y debe ser la máxima autoridad de una entidad y las servidoras y servidores responsables del control interno de acuerdo a sus competencias, quienes hagan cumplir las políticas y procedimientos para manejar los riesgos en la consecución de los objetivos institucionales, proteger y conservar los activos y establecer los controles de acceso a los sistemas de información. Bajo esa competencia se establecen procedimientos de control interno presupuestario para la programación, formulación, aprobación, ejecución, evaluación, clausura y liquidación del presupuesto institucional. En esa medida, la evaluación del Presupuesto por resultados (PpR) y sobre todo la evaluación de la ejecución presupuestal, se constituye en una primera forma de acción al amparo de una cultura en la que el control interno se vea como actividad intrínseca a las operaciones de una organización.

Al respecto, cabe señalar que el Ministerio de Salud en atención a lo dispuesto en la Ley N° 28927 “Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007”, inició la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR), proceso que se fortalece el año 2008 donde efectivamente se inicia su implementación. Así mismo en la Ley de N° 29465 “Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2010” se encomendó al Sector Salud el diseño de 03 nuevos Programas Estratégicos: VIH-SIDA y TBC, Enfermedades Trasmisibles (Metaxénicas y Zoonosis) y Enfermedades no Trasmisibles (Salud Mental, Salud Ocular, Salud Bucal. Metales Pesados, Hipertensión y Diabetes).

Mediante Ley N° 29626 “Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2011”, se aprobaron créditos adicionales para los 05 Programas Estratégicos de Salud y se oficializó la incorporación del Programa Presupuestal Estratégico: “Prevención y Control del Cáncer”.

Por otro lado, en cuanto a la situación nutricional del niño, en el período de implementación del PAN (2008 – 2011) se logró una reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica en 32.7% (según patrón OMS), siendo el ritmo muy superior a la década anterior, es decir en la década de 1990. En el 2011 continuó la disminución de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años logrando un nuevo impulso.

En cuanto a la situación materno – perinatal, en el Perú cada día dos (2) mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. La mortalidad materna es uno de los indicadores que en las últimas décadas se redujo de 400 a 185 x 100,000 nacidos vivos en el país (la última cifra corresponde al Endes 2000). A pesar de ello es una de las más altas de América Latina. Las principales causas de mortalidad materna son las siguientes: Hemorragia (47%), Otras (19%), Infección (15%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (12%), Aborto (5%), TBC (1%) y Parto Obstruido (1%). A pesar de ello, existe gran diferencia entre el número de muertes que ocurren en el ámbito urbano (203) y el ámbito rural (448) (ENDES, 2000); hay una inversión en comparación a la proporción entre las poblaciones urbana y rural. La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana.

El Perú, por décadas se ha ubicado entre los tres primeros países de más alta Razón de mortalidad materna a nivel de América Latina (185 x 100,000 n.v.), por lo que la mortalidad materna ha sido considerada como una prioridad sanitaria y un problema de salud pública. En la actualidad la Razón de Mortalidad Materna en el País se encuentra en 93 por 100,000n.v., y se estima que será el único país que llegue a cumplir las metas de desarrollo del milenio por la significativa reducción que ha tenido en el transcurso de los últimos 10 años, gracias a las acciones y estrategias implementadas y lideradas por el Ministerio de Salud y el apoyo de Agencias de Cooperación, instituciones de otros sectores y colegios profesionales así como los gobiernos regionales.

a) **Las Enfermedades Metaxénicas**

En los últimos 10 años, se ha reportado entre 200,000 a 150,000 casos de las enfermedades metaxénicas, siendo la malaria, dengue y bartonelosis las que exponen a mayor proporción y población y afectación de la población; en los últimos 05 años la bartonelosis se ha constituido en el principal problema a abordar desde los servicios y la población por la elevada mortalidad y letalidad que ha venido mostrando. De la misma

forma se estima que alrededor de 20'000,000 de los peruanos residimos en áreas de riesgo de estas enfermedades, en diferentes estratos, nicho eco epidemiológicos y riesgos.

Tradicionalmente el sistema ha priorizado la atención de las enfermedades maternas e infantiles y desarrollo un sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades infecciosas. En el Plan Nacional Concertado de Salud del año 2007 se programaron acciones para controlar las enfermedades no transmisibles. En este plan se establecieron metas que deberían ser alcanzadas el año 2011: a) reducir de 3.0% a 2.7% la prevalencia de diabetes mellitus en la población en riesgo, b) reducir de 27.3% a 25.0% la prevalencia de la HTA en la población adulta, c) incrementar de 45.5% a 70.0% de pacientes hipertensos controlados y d) reducir los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares, e) reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino de 9.95 a 6.00 x 100,000 hab., f) reducir la mortalidad por cáncer de mama de 9.03 a 6.00 x 100,000 hab., g) reducir la mortalidad por cáncer de próstata de 13.22 a 8.00 x 100,000 hab.

b) **La situación de las enfermedades no transmisibles**

Según los estadísticas mundiales, las enfermedades no transmisibles, son la causa de muerte más común para países en vías de desarrollo, esta tendencia se está generalizando rápidamente, pues los malos hábitos en el comer y vivir en un mundo globalizado son parte del quehacer diario.

Enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes, o ataques cardiovasculares repentinos, son comunes en cualquier sociedad del mundo, pero estas enfermedades han representado 35 millones de defunciones en el año 2005, representando el 60% de defunciones a nivel mundial. Los países en vías de desarrollo registran el 80% de defunciones por ENT y aproximadamente 16 millones de estas defunciones, se presentan en personas menores de 70 años.

Se ha pronosticado que en los próximos 10 años, las muertes por ENT aumenten en un 17%, perjudicando en su mayoría a poblaciones de bajos recursos, por ello es preciso, empezar a crear fórmulas que puedan disminuir las defunciones por ENT, convirtiéndose así en todo un reto para el siglo XXI.

c) **La situación de la TBC – VIH Sida**

Las enfermedades transmisibles ocupan el tercer lugar como causa de muerte en relación al total del país. En la distribución por sexo, el masculino alcanzó un 56.1 % de las muertes. Asimismo, la composición etárea advierte una mayor cuantía de muertes en los primeros años de vida, especialmente en el grupo de edad de 1 a 4 años, en el cual hay una elevada pérdida de años de vida. Es digno resaltar que en este grupo hay una mínima o nula participación de aquellas enfermedades que se previenen a través de las vacunaciones, tales como sarampión, tos ferina, tétanos, etc.

En lo que respecta a los dos principales objetivos, la TBC y el VIH-SIDA, los logros se han reportado mejores en lo que concierne a VIH-SIDA, que en el 2006 presentaba 2,155 casos de SIDA y 3,185 de VIH, los que se redujeron notablemente hacia el 2009, con cifras que tienen a mantenerse relativamente estables aunque con tendencia a disminuir, hasta el punto que el 2013 los casos de SIDA se habían reducido a solo 1,061, aunque los de VIH se incrementaron a 3,188. En cambio, en lo que concierne a TBC, el 2010 se reportaron 19,932 casos de TBC en todas sus formas, cifra que asciende a 20,163 el 2011, y que desciende solo a 18,495 casos el 2013.

Por ello, esta investigación sirve para cumplir fines evaluativos de la asignación del presupuesto en el Sector Salud a nivel de región, considerando como base los cinco programas que se atienden en beneficio de la población; a saber: el Programa Articulado Nutricional, el Programa Materno Infantil, el Programa de Enfermedades Metaxénicas, el Programa de Enfermedades no transmisibles, y el Programa de TBC – VIH/sida.

Su relevancia social se pone de manifiesto en el hecho de que, como documento no institucional, pero que evalúa acciones institucionales, puede ofrecer al ciudadano una perspectiva adicional e incluso diferente de la visión oficial de los resultados. En ese sentido, los resultados esperados beneficiarán tanto a autoridades del sector como a líderes de bases sociales para conocer el logro de resultados según presupuesto en el sector salud a nivel de región.

En una perspectiva teórica, el estudio contribuye a profundizar la reflexión que se está generando en nuestro país en torno al tópico de presupuesto por resultados, en tanto éste resulta todavía relativamente novedoso en su concepción y aplicaciones. Asimismo, contribuye con evidencia empírica al análisis de la eficacia y pertinencia de este

enfoque en la gestión pública, considerando como entorno inmediato el sector salud, que es uno de los más relevantes a atender en un plano de desarrollo social con equidad.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en programas presupuestales del Hospital Regional de Moquegua, durante el periodo 2012 – 2013.

2.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno – Perinatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en programas presupuestales del Hospital Regional de Moquegua, durante el periodo 2012 – 2013.

2.5.2. Hipótesis específicas

- Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno – Perinatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. **Ámbito de Estudios**

El departamento de Moquegua está situado al sureste del territorio peruano, en la vertiente occidental de la cordillera de los Andes. Hacia el norte limita con Puno y Arequipa, hacia el sur con Tacna y el océano Pacífico, hacia el este con los Departamentos de Puno y Tacna, hacia el oeste con Arequipa y el Mar de Grau (océano Pacífico que corresponde al Perú). Tiene regiones de costa y sierra. Sus coordenadas son: latitud sur: 15° 58' 15'' y longitud oeste: entre los meridianos 70° 48' 5'' y 71° 29' 18''. Su clima es subtropical y desértico soleado. La ciudad de Moquegua presenta un clima templado y seco, con escasas lluvias, con un intenso y buen sol.

El área del departamento es de 15 733,97 km² y se divide administrativamente en tres provincias: Mariscal Nieto (capital Moquegua), General Sánchez Cerro (capital Omate) e Ilo (capital Ilo). El Hospital Regional Moquegua se encuentra ubicado en el Distrito de Moquegua, en la Provincia Mariscal Nieto.

3.2. **Población y muestra**

3.2.1. **Población**

La población está constituida por el conjunto de Programas presupuestales del Hospital Regional llevados a cabo durante el período 2012 – 2013. Este conjunto está constituido por 80 programas específicos o componentes, de donde: N = 80

3.2.2. Muestra

Por falta de información de algunos componentes, se trabajó con una muestra de 77 componentes.

3.3. Método de investigación

Por el tipo de investigación se ha hecho un Análisis documental de la información contable existente en los programas a las cuales se ha recurrido.

3.4. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

Objetivo	Tiempo	Materiales	Variables	Pruebas
Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulación Nutricional	1 Se-mana	Módulo de proceso presupuestario Ficha de registro	Implementación del presupuesto por resultados Ejecución presupuestal	Índice de correspondencia $i = \frac{\bar{x}}{\bar{y}}$ Donde i : índice de correspondencia
Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno – Perinatal	1 Se-mana	Módulo de proceso presupuestario Ficha de registro	Implementación del presupuesto por resultados Ejecución presupuestal	\bar{x} : índice promedio ejecución financiera \bar{y} : índice promedio ejecución física
Determinar el grado de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas	1 Se-mana	Módulo de proceso presupuestario Ficha de registro	Implementación del presupuesto por resultados Ejecución presupuestal	Contrastes de homogeneidad mediante test del signo - rango para contrastar la hipótesis nula de homogeneidad H_0 : $FX = FY$ H_1 : $FX \neq FY$
Determinar el grado de co-rrespondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles	1 Se-mana	Módulo de proceso presupuestario Ficha de registro	Implementación del presupuesto por resultados Ejecución presupuestal	
Determinar el grado de co-rrespondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH Sida	1 Se-mana	Módulo de proceso presupuestario Ficha de registro	Implementación del presupuesto por resultados Ejecución presupuestal	

3.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Índices	Instru-mentos
Implementación del presupuesto por resultados	Aplicación del esquema de presupuestación, en el marco del presupuesto por resultados, que integra la programación, formulación y aprobación del presupuesto, y se verifica a través del presupuesto inicial modificado por indicador y la cantidad programada para cada programa presupuestal, entre los que se identifican el programa articulado nutricional, salud materno neonatal, TBC – VIH sida, enfermedades metaxénicas, y enfermedades no transmisibles.	Aplicación del presupuesto por resultados medido en función del presupuesto inicial por indicador y en la cantidad programada, en los programas Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, TBC – VIH Sida, Enfermedades metaxénicas y Enfermedades no transmisibles.	Programas articulado nutricional	Programas presupuestales específicos	Presupuesto inicial modificado por indicador	Ficha de registro
			Salud materno neonatal	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro
			TBC – VIH Sida	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro
			Enfermedades metaxénicas	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro
Ejecución Presupuestal	Evaluación de las actividades de prestación de servicios	Evaluación de la ejecución presupuestal en función del monto	Enfermedades no transmisibles	Programas presupuestales específicos	Presupuesto inicial modificado por indicador	Ficha de registro
			Programa articulado nacional	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro

Ejecución Presupuestal	salud a la comunidad, que corresponde a las fases de ejecución y evaluación del presupuesto, y que se verifica en el monto devengado y la cantidad ejecutada para cada programa presupuestal, entre los que se identifican el programa articulado nutricional, salud materno neonatal,	devengado y la cantidad ejecutada, en los programas Articulado Nutricional, Salud Mater-neo Neonatal, TBC – VIH Sida, Enfermedades metaxénicas y enfermedades no transmisibles	Salud materno neonatal	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro
			TBC – VIH Sida	Programas presupuestales específicos	Presupuesto inicial modificado por indicador	Ficha de registro
					Cantidad programada	
					Presupuesto inicial modificado por indicador	
Ejecución Presupuestal	TBC – VIH Sida, enfermedades metaxénicas, y enfermedades no transmisibles.	Enfermedades metaxénicas	Enfermedades metaxénicas	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro
					Presupuesto inicial modificado por indicador	
					Cantidad programada	
					Presupuesto inicial modificado por indicador	
Ejecución Presupuestal	Enfermedades no transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Programas presupuestales específicos	Cantidad programada	Ficha de registro
					Presupuesto inicial modificado por indicador	
					Cantidad programada	
					Presupuesto inicial modificado por indicador	

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

4.1.1. Programa articulación nutricional

Tabla 1

Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional

	Presupuesto	Ejecución Física
2012	0.670	0.485
2013	0.963	1.062
X Total	0.798	0.738

Fuente: SIAF SP Módulo Presupuestal

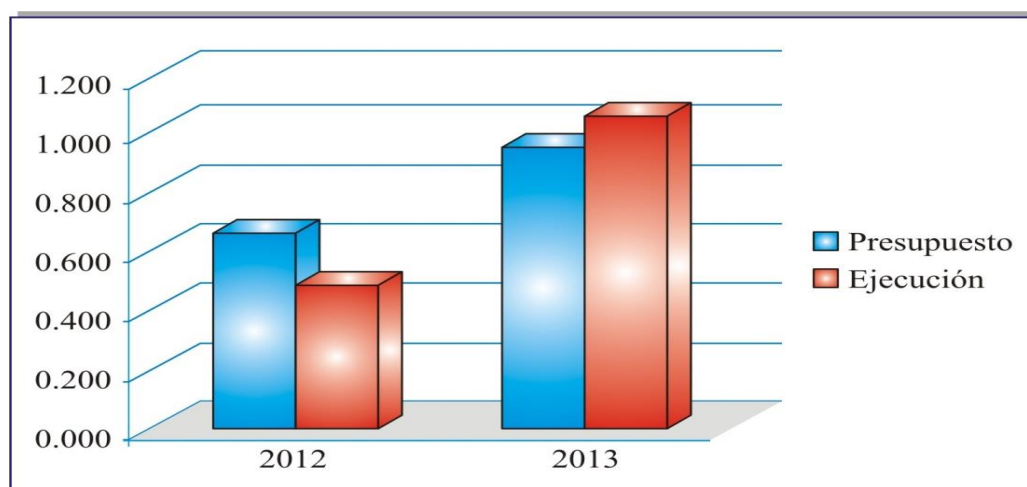


Figura 1. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional.

Fuente: Tabla 1

Interpretación: En esta tabla se compara la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en el Programa Articulación Nutricional. Considerando los dos años en conjunto el índice promedio de ejecución financiera (0,798) es relativamente superior al índice promedio de ejecución física (0,738); en otras palabras, se gastó más de lo que se brindó como servicios de salud, pero con cifras que parecen no exceder demasiado lo presupuestado. Sin embargo, en ambos casos la ejecución está lejos de la unidad (o 100%), que es lo esperado.

Por otro lado, cuando se observan los índices promedio por año, la situación del Hospital en torno a este componente es muy distinta a lo señalado en forma conjunta.

Primero, en el año 2012, se observa una notable discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,670) respecto del índice promedio de la ejecución física (0,485); es evidente que se gastó mucho más de lo que se había considerado para alcanzar una proporción similar en cuanto a prestación de servicios. Cabe señalar, además, que en ambos casos la ejecución está lejos de alcanzar lo esperado (índice 1).

En lo que respecta al año 2013, la figura cambia. Se observa discrepancia entre el índice promedio de ejecución financiera (0,963) respecto del índice promedio de ejecución física (1,062); en este caso, el presupuesto cubrió más atenciones que las que se habían programado. Cabe señalar, además, que en ambos casos, durante este año, la ejecución financiera y física estuvieron muy cerca de lo esperado (índice 1).

Tabla 2

Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional (Rangos)

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Fase – p. Articulado nutricional	Rangos negativos	1 ^a	11.00	11.00
	Rangos positivos	28 ^b	15.14	424.00
	Empates	3 ^c		
	Total	32		

a.Fase < p. Articulado nutricional

b.Fase > p. Articulado nutricional

c.Fase = p. Articulado nutricional

Estadísticos de contraste^b

	Fase-p. Articulado Nutricional
z	-4.467 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	.000

a. Basado en los rangos negativos

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En esta tabla se presentan los resultados del contraste de homogeneidad mediante el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras relacionadas, entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en lo que respecta al primer componente: Programa Articulado Nutricional. El p – valor es 0,000, prácticamente cero, y mucho menor que el nivel de significancia elegido ($\alpha = 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de las variables. En otras palabras, se verifica una diferencia significativa entre las funciones de distribución, que rechaza la correspondencia entre las variables.

En ese sentido, la primera hipótesis específica del estudio se expresa en los siguientes términos:

H_0 : Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulado Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

H_1 : No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

Operacionalizando, se tiene:

H_0 : $p \geq 0,05$

H_1 : $p < 0,05$

De la tabla se tiene:

$p = 0,000$ de donde, $p < 0,05$

Luego, se rechaza la hipótesis nula (hipótesis de homogeneidad) y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis de diferente distribución). En conclusión, no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulado Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

4.1.2. Programa materno – neonatal

Tabla 3

Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Materno – Neonatal

	Presupuesto	Ejecución Física
2012	0.749	0.680
2013	0.866	0.896
X Total	0.805	0.778

Fuente: SIAF SP Módulo Presupuestal

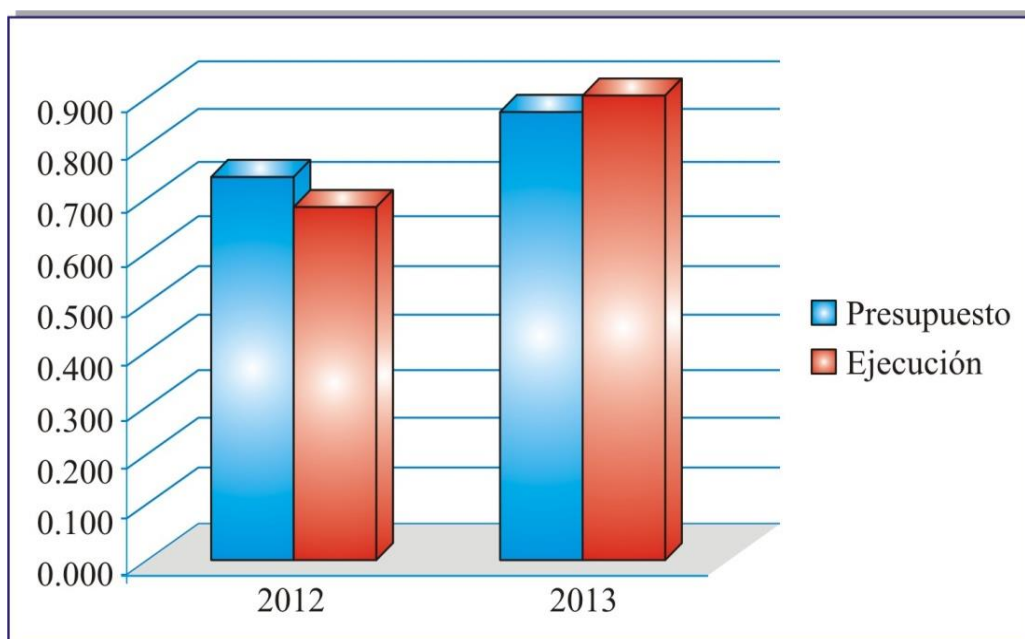


Figura 2. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Materno – Neonatal

Fuente: Tabla 3

Interpretación: En esta tabla se compara la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en el Programa Materno – Neonatal. Considerando los dos años en conjunto el índice promedio de ejecución financiera (0,805) es ligeramente superior al índice promedio de ejecución física (0,778); en otras palabras, se gastó un poco más de lo que se brindó como servicios de salud, pero con cifras relativamente conservadoras. Sin embargo, en ambos casos la ejecución es menor que lo esperado.

Por otro lado, cuando se observan los índices promedio por año, la situación del Hospital en torno a este componente es parecida a lo señalado en forma conjunta. Primero, en el año 2012, se observa discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,749) respecto del índice promedio de la ejecución física (0,680), lo que muestra que se gastó más de lo que se había considerado para alcanzar una proporción similar en cuanto a prestación de servicios. Cabe señalar, además, que en ambos casos la ejecución no está cerca de alcanzar lo esperado (el 100% en cada caso).

En lo que respecta al año 2013, hay una mejora respecto del año anterior. Se observa una leve discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,866) respecto del índice promedio de la ejecución física (0,896), lo que

muestra que el presupuesto cubrió más atenciones que las programadas. Cabe señalar, además, que en ambos casos, durante este año, la ejecución financiera y física estuvieron relativamente cerca de lo esperado.

Tabla 4

Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa Materno – Neonatal (Rangos)

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fase – Salud Materno Neonatal	0 ^a	0.00	.00
Rangos positivos	40 ^b	25.40	820.00
Empates	3 ^c		
Total	43		

a.Fase < Salud Materno Neonatal

b.Fase > Salud Materno Neonatal

c.Fase = Salud Materno Neonatal

Estadísticos de contraste^b

Fase - Salud Materno Neonatal	
z	-5.511 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	.000

a. Basado en los rangos negativos

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En esta tabla se presentan los resultados del contraste de homogeneidad mediante el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras relacionadas, entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en lo que respecta al segundo componente: Programa de Salud Materno Neonatal. El p – valor es 0,000, prácticamente cero, y mucho menor que el nivel de significancia elegido ($\alpha = 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de las variables. En otras palabras, se verifica una diferencia significativa entre las funciones de distribución, que rechaza la correspondencia entre las variables.

En ese sentido, la segunda hipótesis específica del estudio se expresa en los siguientes términos:

H_0 : Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Salud Materno Neonatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

H_2 : No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Salud Materno Neonatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

Operacionalizando, se tiene:

H_0 : $p \geq 0,05$

H_2 : $p < 0,05$

De la tabla se tiene:

$p = 0,000$ de donde, $p < 0,05$

Luego, se rechaza la hipótesis nula (hipótesis de homogeneidad) y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis de diferente distribución). En conclusión, no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Salud Materno Neonatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

4.1.3. Programa de enfermedades metaxénicas

Tabla 5

Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas

	Presupuesto	Ejecución Física
2012	0.117	0.596
2013	0.993	0.649
X Total	0.555	0.632

Fuente: SIAF SP Módulo Presupuestal

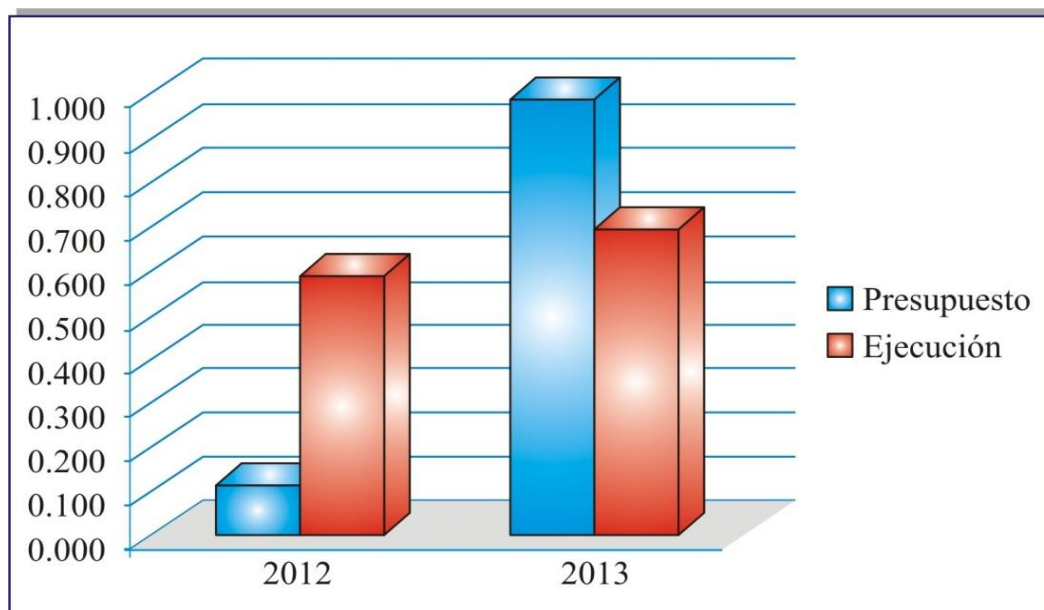


Figura 3. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas

Fuente: Tabla 5

Interpretación: En esta tabla se compara la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en el Programa de Enfermedades Metaxénicas. Considerando los dos años en conjunto el índice promedio de ejecución financiera (0,555) es ligeramente inferior al índice promedio de ejecución física (0,632); esto significa que, en términos generales, se brindó más servicios que los que corresponde esperar con el nivel de ejecución financiera alcanzado. Cabe señalar que, en ambos casos, la ejecución está bastante lejos de lo esperado.

Por otro lado, cuando se observan los índices promedio por año, la situación del Hospital en torno a este componente es muy diferente a lo señalado en forma conjunta. Primero, en el año 2012, se observa notable discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera, que es bastante bajo (0,117), respecto del índice promedio de la ejecución física (0,596), lo que muestra que se gastó muchísimo menos de lo que se había considerado para alcanzar la proporción de prestación de servicios efectivamente prestados. Cabe señalar, además, que en ambos casos la ejecución está muy lejos de lo esperado.

En lo que respecta al año 2013, hay una notable mejora respecto del año anterior, pero se observa discrepancia entre el índice promedio de la ejecución



financiera (0,993) respecto del índice promedio de la ejecución física (0,694). En este caso, se gastó mucho más de lo que correspondía para una proporción similar de atenciones. Cabe señalar que, si bien en cuanto a la implementación del presupuesto, se estuvo cerca de cumplir con lo esperado (ejecución financiera al 100%), en cuanto a ejecución física se estuvo bastante lejos de lo esperado.

Tabla 6

Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas (Rangos)

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Fase – p. Enf. Metaxénicas	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	18 ^b	9.50	171.00
	Empates	2 ^c		
	Total	20		

a. < p. Enf. Metaxénicas Fase

b. > p. Enf. Metaxénicas Fase

c. = p. Enf. Metaxénicas Fase

Estadísticos de contraste^b

Fase – p. Enf. Metaxénicas	
z	-3.748 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	.000

a. Basado en los rangos negativos

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En esta tabla se presentan los resultados del contraste de homogeneidad mediante el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras relacionadas, entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en lo que respecta al tercer componente: Programa de Enfermedades Metaxénicas.

En este caso, el p – valor también es 0,000, prácticamente nulo, y mucho menor que el nivel de significancia elegido ($\alpha = 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de las variables. En otras palabras, se verifica diferencia significativa entre las funciones de distribución, que rechaza la correspondencia entre las variables.

En ese sentido, la tercera hipótesis específica del estudio se expresa en los siguientes términos:

H0 : Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

H3 : No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

Operacionalizando, se tiene:

H0 : $p \geq 0,05$

H3 : $p < 0,05$

De la tabla se tiene:

$p = 0,000$ de donde, $p < 0,05$

Luego, se rechaza la hipótesis nula (hipótesis de homogeneidad) y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis de diferente distribución). En conclusión, no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

4.1.4. Programa de enfermedades no transmisibles

Tabla 7

Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades no Transmisibles

	Presupuesto	Ejecución Física
2012	0.680	0.597
2013	0.977	0.477
X Total	0.968	2.743

Fuente: SIAF SP Módulo Presupuestal

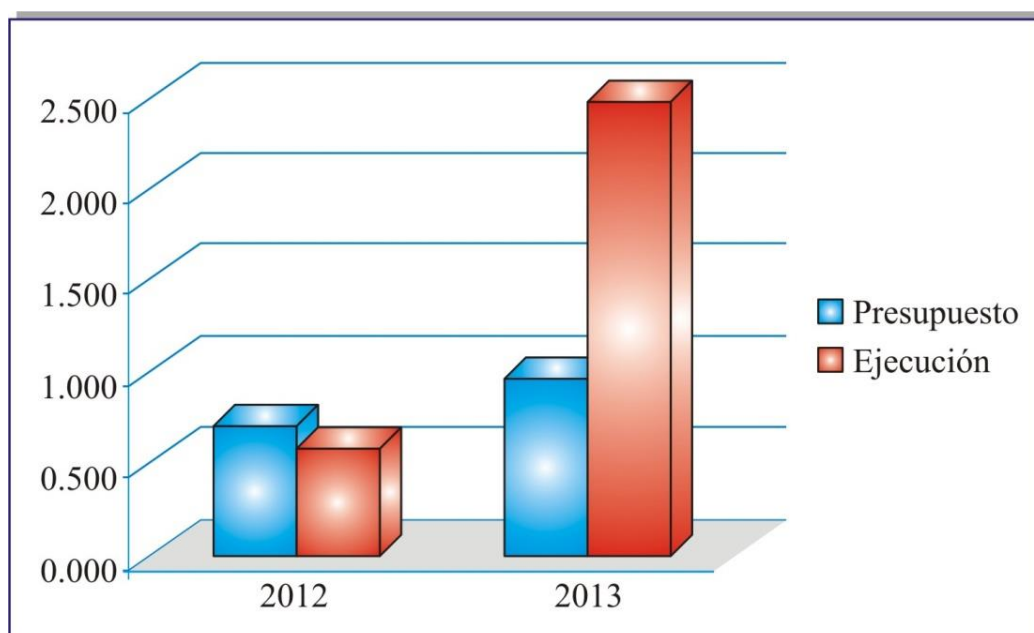


Figura 4. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades no Transmisibles

Fuente: Tabla 7

Interpretación: En esta tabla se compara la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en el Programa de Enfermedades no transmisibles. Considerando los dos años en conjunto el índice promedio de ejecución financiera (0,968) es mucho menor que el índice promedio de ejecución física (2,743); esto significa que, en términos generales, se brindó muchos más servicios que los que corresponde esperar con el nivel de ejecución financiera alcanzado. Cabe señalar que, mientras en el primer caso, se está

bastante cerca de lo esperado, en el último caso la ejecución está bastante lejos de lo previsto.

Por otro lado, cuando se observan los índices promedio por año, la situación del Hospital en torno a este componente es similar a lo señalado en forma conjunta. Primero, en el año 2012, se observa ligera discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,680), respecto del índice promedio de la ejecución física (0,597), lo que muestra que se gastó más de lo que se había considerado para alcanzar la proporción de prestación de servicios efectivamente prestados. Cabe señalar, además, que en ambos casos la ejecución está muy lejos de lo esperado.

En lo que respecta al año 2013, hay una notable mejora respecto del año anterior, pero se observa una sorprendente discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,977), muy cercano a 1, respecto del índice promedio de la ejecución física (2,477). En este caso, se cubrieron mucho más atenciones que las que correspondía para una proporción similar de ejecución financiera. Cabe señalar que, si bien en cuanto a la implementación del presupuesto, se estuvo cerca de cumplir con lo esperado (ejecución financiera al 100%), en cuanto a ejecución física se estuvo bastante lejos de lo esperado, por encima de lo previsto, lo que evidencia que hubo planificación deficiente.

Tabla 8

Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa de Enfermedades No Transmisibles (Rangos)

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fase – p. Enf. No Transmisibles	2 ^a	17.50	35.00
		Rangos positivos	23 ^b
		Empates	6 ^c
		Total	31

a. < p. Enf. No Transmisibles
Fase

b. > p. Enf. No Transmisibles
Fase

c. = p. Enf. No Transmisibles
Fase

Estadísticos de contraste^b

	Fase – p. Enf. Metaxénicas
z	-3.431 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	.001

a. Basado en los rangos negativos

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En esta tabla se presentan los resultados del contraste de homogeneidad mediante el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras relacionadas, entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en lo que respecta al cuarto componente: Programa de Enfermedades no transmisibles. En este caso, el p – valor es 0,001, mucho menor que el nivel de significancia elegido ($\alpha = 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de las variables. Se verifica, entonces, diferencia significativa entre las funciones de distribución, lo que rechaza la correspondencia entre las variables.

En ese sentido, la tercera hipótesis específica del estudio se expresa en los siguientes términos:

H0 : Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

H4 : No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

Operacionalizando, se tiene:

H0 : $p \geq 0,05$

H4 : $p < 0,05$

De la tabla se tiene:

$p = 0,000$ de donde, $p < 0,05$

Luego, se rechaza la hipótesis nula (hipótesis de homogeneidad) y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis de diferente distribución). En conclusión, no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

4.1.5. Programa TBC – VIH/Sida

Tabla 9

Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa TBC – VIH/Sida

	Presupuesto	Ejecución Física
2012	0.773	0.647
2013	0.995	0.819
X Total	0.847	0.716

Fuente: SIAF SP Módulo Presupuestal

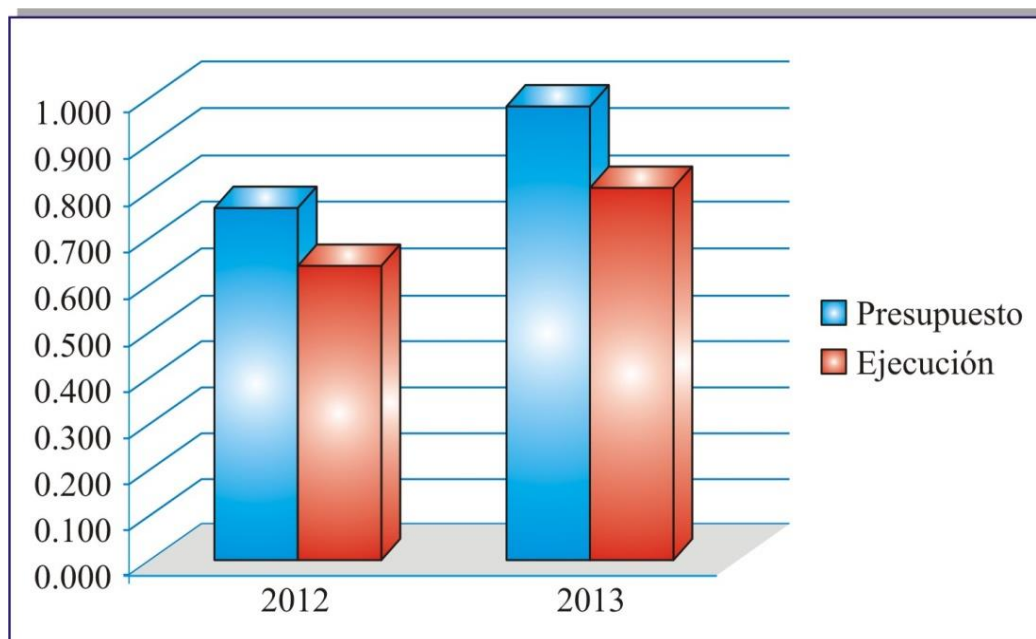


Figura 5. Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa TBC – VIH/Sida

Fuente: Tabla 9

Interpretación: En esta tabla se compara la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en el Programa TBC – VIH/sida. Considerando los dos años en conjunto, el índice promedio de ejecución financiera (0,847) es superior al índice promedio de ejecución física (0,716); en otras palabras, se gastó más de lo que se brindó como servicios de salud. Sin embargo, en ambos casos la ejecución no está cerca de la unidad (o 100%), que es lo esperado.

Por otro lado, cuando se observan los índices promedio por año, la situación del Hospital en torno a este componente es similar a lo señalado en forma conjunta: mayor ejecución financiera que ejecución física. Así, en el año 2012, se observa discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,773) respecto del índice promedio de la ejecución física (0,647); lo que hace evidente que se gastó más de lo que se había considerado para alcanzar una proporción similar en cuanto a prestación de servicios. Cabe señalar, además, que en ambos casos la ejecución está lejos de alcanzar lo esperado (índice 1).

En lo que respecta al año 2013, la ejecución en ambos espacios está más acerca de lo esperado. Pero se observa discrepancia entre el índice promedio de la

ejecución financiera (0,995), que está muy cerca de la unidad, respecto del índice promedio de la ejecución física (0,819). Cabe señalar, además, que en ambos casos, durante este año, la ejecución financiera y física estuvieron muy cerca de lo esperado (índice 1).

Tabla 10

Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en el Programa TBC – VIH/Sida (Rangos)

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Fase – TBC VIH/SIDA	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	28 ^b	14.50	406.00
	Empates	2 ^c		
	Total	30		

a. < TBC VIH/Sida
Fase

b. > TBC VIH/Sida
Fase

c. = TBC VIH/Sida
Fase

Estadísticos de contraste^b

Fase – TBC VIH/Sida	
z	-4.623 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	.000

a. Basado en los rangos negativos

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En esta tabla se presentan los resultados del contraste de homogeneidad mediante el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras relacionadas, entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en lo que respecta al quinto componente: Programa TBC VIH/sida. En este caso, el p – valor también es 0,000, prácticamente nulo, y mucho menor que el nivel de significancia elegido ($\alpha = 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de las variables. En otras

palabras, se verifica diferencia significativa entre las funciones de distribución, que rechaza la correspondencia entre las variables.

En ese sentido, la tercera hipótesis específica del estudio se expresa en los siguientes términos:

H0 : Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC VIH/sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

H5 : No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC VIH/sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

Operacionalizando, se tiene:

H0 : $p \geq 0,05$

H5 : $p < 0,05$

De la tabla se tiene:

$p = 0,000$ de donde, $p < 0,05$

Luego, se rechaza la hipótesis nula (hipótesis de homogeneidad) y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis de diferente distribución). En conclusión, no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC VIH/sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

4.1.6. Programas en general

Tabla 11

Comparación entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en los Programas en General

	Presupuesto	Prestación servicios
2012	0.652	0.607
2013	0.947	1.271
X Total	0.799	0.939

Fuente: SIAF SP Módulo Presupuestal

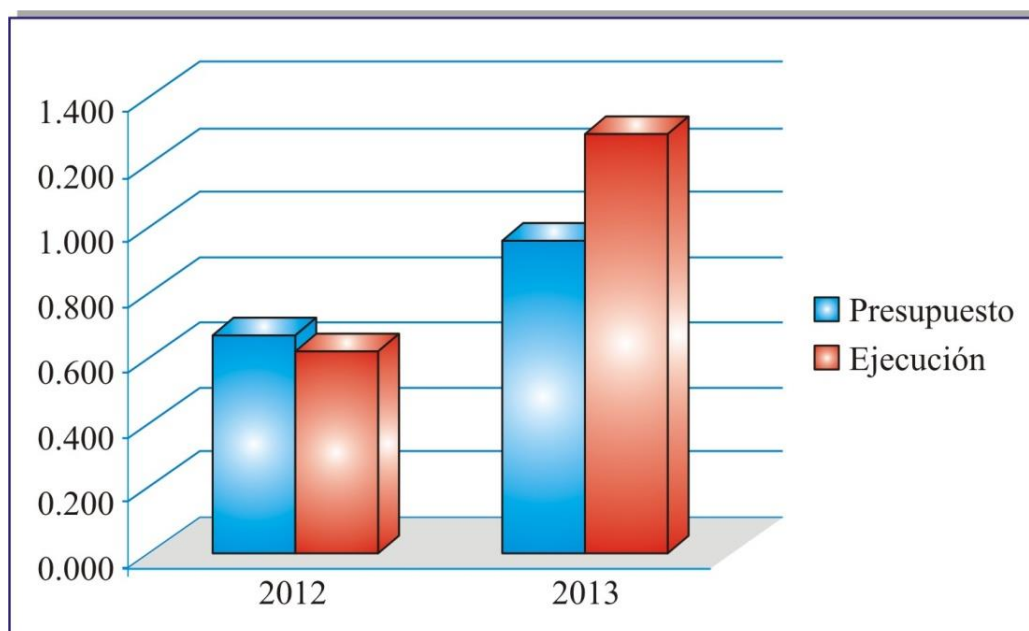


Figura 6. Comparación Entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en los Programas en General

Fuente: Tabla 11

Interpretación: En esta tabla se compara la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en todos los Programas. Considerando los dos años en conjunto, el índice promedio de ejecución financiera (0,799) es menor que el índice promedio de ejecución física (0,939); en otras palabras, se prestó más servicios de salud de lo que se había planificado. Cabe destacar que, en el primer caso, la ejecución no está cerca de la unidad (o 100%), que es lo esperado, mientras que en el segundo caso sí (93,9%).

Por otro lado, cuando se observan los índices promedio por año, se observa discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera respecto del índice promedio de la ejecución física. Así, en el año 2012, se observa el índice promedio de la ejecución financiera (0,652) es mayor que el índice promedio de la ejecución física (0,607); lo que evidencia que hubo mayor gasto que lo considerado para alcanzar una proporción similar en cuanto a prestación de servicios.

En lo que respecta al año 2013, la ejecución en ambos espacios está más cerca de lo esperado. Pero se observa discrepancia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,947), que está muy cerca de la unidad, respecto del índice promedio de la ejecución física (1,271), que sobrepasa lo esperado en cuanto a ejecución presupuestal. Este resultado evidencia que el presupuesto no se ajustó a la realidad a atender.

Tabla 12

Correspondencia entre la Implementación del Presupuesto por Resultados y la Ejecución Presupuestal en los Programas en General (Rangos)

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Grupo – Programas	Rangos negativos	3 ^a	77.67	233.00
	Rangos positivos	135 ^b	69.32	9358.00
	Empates	16 ^c		
	Total	154		

a. < Programas
Fase

b. > Programas
Fase

c. = Programas
Fase

Estadísticos de contraste^b

Fase – TBC VIH/Sida	
z	-0.968 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	.000

a. Basado en los rangos negativos

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

En esta tabla se presentan los resultados del contraste de homogeneidad mediante el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras relacionadas, entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en los programas presupuestales. En este caso, el p – valor también es 0,000, prácticamente nulo, y mucho menor que el nivel de significancia elegido ($\alpha = 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de las variables. En otras palabras, se verifica diferencia significativa entre las funciones de distribución, que rechaza la correspondencia entre las variables.

En ese sentido, la tercera hipótesis específica del estudio se expresa en los siguientes términos:

H0 : Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en los programas presupuestales, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

HG : No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en los programas presupuestales, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

Operacionalizando, se tiene:

H0 : $p \geq 0,05$

H3 : $p < 0,05$

De la tabla se tiene:

$p = 0,000$ de donde, $p < 0,05$

Luego, se rechaza la hipótesis nula (hipótesis de homogeneidad) y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis de diferente distribución). En conclusión, no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en los programas presupuestales, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.

4.2. Discusión

4.2.1. En cuanto al programa articulado nutricional

En lo que respecta al Programa Articulación Nutricional, se encontró discrepancia entre lo presupuestado y los servicios prestados. Se gastó más de lo que correspondía a los servicios de salud efectivamente brindados, aunque las cifras no exceden demasiado lo presupuestado. Esto se observa en los dos años en conjunto, donde el índice promedio de ejecución financiera (0,798) es relativamente superior al índice promedio de ejecución física (0,738).

Y analizando las cifras por año, las discrepancias son más marcadas el 2012, que el 2013. En el primer caso, se trata de una diferencia de más de 18% (0,185) entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,670) y el índice promedio de prestación de servicios (0,485); en el segundo caso, la diferencia es menor que el 1% (0,099), pero curiosamente el presupuesto cubrió más atenciones que las que se habían programado.

Al efectuar el análisis comparativo por medio del contraste de homogeneidad, se encontró diferencia significativa ($p < 0,01$), lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad entre las funciones de distribución de la implementación y la ejecución. En consecuencia, estadísticamente no se puede presumir correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulado Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo considerado.

Sin embargo, aun cuando se evidencia la falta de correspondencia, se evidencia también mejora en el trabajo que se viene realizando, dado que el año 2013 tuvo un mejor desempeño respecto del anterior. En ese sentido, los resultados coinciden con los reportes de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2012), en tanto estas mejoras se deben a que se prioriza la consecución de resultados que responde a un problema o necesidad que se busca superar.

4.2.2. En cuanto al programa materno – neonatal

En lo que respecta al Programa Materno – Neonatal, no se encontró correspondencia entre la implementación del presupuestado por resultados y los

servicios prestados. Se gastó un poco más de lo que se brindó como servicios de salud, pero con cifras relativamente conservadoras. En ese sentido, para los dos años analizados en conjunto, el índice promedio de ejecución financiera (0,805) es relativamente superior al índice promedio de ejecución física (0,778). Para el año 2012, se verifica una diferencia de apenas un 7% (0,069) entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,749) y el índice promedio de prestación de servicios (0,680); y en el año 2013, la diferencia es mucho menor (0,03), aunque el presupuesto cubrió más atenciones que las que se habían programado.

Si se observan sólo estos datos, se podría sostener que hay correspondencia entre el presupuesto y la prestación de servicios; sin embargo, al efectuar el análisis comparativo por medio del contraste de homogeneidad, se encontró diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) entre las funciones de distribución de la implementación y la ejecución, lo que permite rechazar la hipótesis de homogeneidad. En consecuencia, estadísticamente no se puede sostener correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en este programa. En ese sentido, los resultados coinciden con lo reportado por Seinfeld (2010), quien también encontró que no hay coherencia entre lo que fue planificado originalmente y lo que fue realmente ejecutado, lo que indicaría que, a pesar del tiempo transcurrido desde que se implementó el presupuesto por resultados todavía hay dificultades para traducir esta acción en resultados concretos en cuanto a prestación de servicios de salud, por lo menos en este programa.

4.2.3. En cuanto al programa de enfermedades metaxénicas

En lo que respecta al Programa de Enfermedades Metaxénicas, no se encontró correspondencia entre la implementación del presupuestado por resultados y la ejecución presupuestal, aun cuando los datos globales pudieran sugerir lo contrario. En ese sentido, si se toman en cuenta los dos años en conjunto la diferencia entre el índice promedio de ejecución financiera (0,555) y el índice promedio de ejecución física (0,632) se reduce a menos del ocho por ciento (7,7%), cifras que sugieren un grado de prestación de servicios de salud ligeramente superior a la ejecución financiera señalada en el presupuesto.

Sin embargo, cuando se observan la situación del Hospital en torno a este componente año a año, las diferencias entre lo presupuestado y la prestación de servicios es mucho más marcada que en conjunto. Así, en el año 2012, la diferencia entre el índice promedio de la ejecución financiera (0,117) y el índice promedio de la ejecución física (0,596), es de más de 400%, si se considera como base el primero de los índices. Esto muestra un presupuesto muchísimo menor que lo que efectivamente se trabajó, lo que evidencia deficiencias de planificación muy importantes, situación que también se identifica en otros programas y en diferentes momentos (Seinfeld, 2010).

Por otro lado, si bien el año 2013 hay una notable mejora respecto del año anterior, la diferencia entre el índice de ejecución financiera (0,993) y el índice de ejecución física (0,694) es de un 30%, lo que evidencia que, como suele ocurrir en otros programas presupuestados por el estado, en este caso, se gastó mucho más de lo que correspondía para una proporción similar de atenciones.

La falta de correspondencia en este programa se hace más clara al efectuar el análisis comparativo por medio del contraste de homogeneidad, que identificó diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) entre las funciones de distribución de las fases implementación y ejecución. Este resultado permite rechazar la hipótesis de homogeneidad. En consecuencia, estadísticamente no se puede sostener correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en este programa.

4.2.4. En cuanto al programa de enfermedades no transmisibles

En lo que respecta al Programa de Enfermedades no transmisibles, no se encontró correspondencia entre la implementación del presupuestado por resultados y la ejecución presupuestal; esta aseveración es válida tanto para un análisis conjunto de los dos años, como para cada año por separado. Así, si se analizan los dos años en conjunto la diferencia entre el índice de ejecución financiera (0,968) y el índice de ejecución física (2,743) es de 183%, si se considera como base el primero de los índices; esto significa que, en términos generales, se brindó muchos más servicios que los que corresponde esperar con el nivel de ejecución financiera alcanzado.

La situación por año del Hospital en torno a este programa no es diferente. Si bien el año 2012 hay una diferencia entre el índice de ejecución financiera (0,680) y el índice de ejecución física (0,597) de un ocho por ciento, es el año 2013 cuando se verifica una diferencia de más de 140% entre el índice de ejecución financiera (0,977) y el índice de ejecución física (2,477). En consecuencia, hubo mucho más atenciones que las que correspondía para una proporción similar de ejecución financiera.

Estas cifras muestran que el presupuesto fue muchísimo menor que lo que se requería para el nivel de atenciones alcanzado, lo que evidencia deficiencias de planificación muy importantes y, en consecuencia, falta de correspondencia entre estos momentos. La falta de correspondencia en este programa se evidencia también al efectuar el análisis comparativo por medio del contraste de homogeneidad, que identificó diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) entre las funciones de distribución de las fases implementación y ejecución. Este resultado permite rechazar la hipótesis de homogeneidad. En consecuencia, estadísticamente no se puede sostener correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en este programa.

4.2.5. En cuanto al programa TBC – VIH/Sida

En lo que respecta al Programa TBC – VIH/sida, no se encontró correspondencia entre la implementación del presupuestado por resultados y la ejecución presupuestal. Al analizar los dos años en conjunto la diferencia entre el índice de ejecución financiera (0,847) y el índice de ejecución física (0,716) es de 15,5%, tomando como base el primero de los índices. Una vez más, aunque las cifras no son extraordinarias, se gastó más de lo que se brindó como servicios de salud.

En un análisis por año, la situación del Hospital en torno a este programa es similar a lo señalado en forma conjunta: mayor ejecución financiera que prestación de servicios. El año 2012, la diferencia entre el índice de ejecución financiera (0,773) y el índice de ejecución física (0,647), representa 16% del primero de los índices, con un logro efectivo menor que lo presupuestado. Y el año 2013, la diferencia entre ambos índices (de ejecución financiera y ejecución física) se ubica en el orden del 17,7% del primero.

Pero la evidencia de la ausencia de correspondencia entre el presupuesto por resultados y la prestación de servicios de salud en este programa, se hace más sólida al efectuar el análisis comparativo por medio del contraste de homogeneidad, que identificó diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) entre las funciones de distribución de las fases implementación y ejecución. En consecuencia, estadísticamente no se puede sostener correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en este programa.

4.2.6. En cuanto a los programas en general

En lo que respecta a los programas en general, no se encontró correspondencia entre la implementación del presupuestado por resultados y la prestación de servicios de salud. Al analizar los dos años en conjunto la diferencia entre el índice de ejecución financiera (0,799) y el índice de ejecución física (0,939) es de 17,5%, considerando como base el primero de los índices.

Por otro lado, al analizar los índices promedio por año, hay diferencias marcadas entre el índice de ejecución financiera y el índice de ejecución física. Si bien el año 2012, esta diferencia es relativamente pequeña, del orden del siete por ciento, cabe destacar que ambos índices (de ejecución financiera, 0,652, y de ejecución física, 0,607) están muy lejos de lo que debería haberse ejecutado.

Y si bien el año 2013, la ejecución en ambos espacios está más cerca de lo esperado, hay una diferencia entre los índices (de ejecución financiera y de ejecución física) de 34%, considerando como base el primero de los índices. Y, así como en el análisis efectuado para cada uno de los programas, la ausencia de correspondencia entre el presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, se verifica con al efectuar el análisis comparativo por medio del contraste de homogeneidad elegido, que identificó diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) entre las funciones de distribución de las fases implementación y ejecución. En consecuencia, estadísticamente no se puede sostener correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en los programas en general.

Del análisis efectuado se puede sintetizar algunos hallazgos importantes:

Primero: En muchos de los programas se prestó más servicios de salud de lo que se había planificado, lo que supone una mala planificación o, lo que es lo mismo, que la implementación del presupuesto por resultados no sólo es deficiente, sino que precisamente por ello no se ajusta a la realidad. En este aspecto, este estudio encuentra correspondencia con los hallazgos de la Mesa de concertación para la Lucha contra la Pobreza (2012) y (Senfield, 2010).

Segundo: Si bien los programas dirigidos o asistidos por el estado pueden alcanzar resultados importantes, como se encontró aquí en gran parte de los componentes de los programas, y como reportan Cecchini y Madariaga (2011), para los casos de Colombia (incremento familiar en consumo de alimentos y de proteínas), Paraguay (incremento familiar de consumo), y Nicaragua (mejora del patrón de gasto de los hogares usuarios y alza en el consumo de alimentos); en algunos casos puede no llegarse a resultados positivos, pues pueden jugar un rol importante otro tipo de factores. Y si bien, en este caso, el monto de las transferencias que reciben los programas, no fue un problema, como sí sucedió en Honduras y Ecuador Cecchini y Madariaga (2011), sin embargo, sí es posible identificar aquí situaciones que podrían sugerir factores relativos al conocimiento e implementación del presupuesto por resultados.

Tercero: El presupuesto por resultados se muestra como una herramienta adecuada para los fines que se persiguen, en tanto es importante que la implementación de los sistemas de evaluación y control de gestión esté institucionalmente cerca del proceso presupuestario (Arenas y Berner, 2010); sin embargo la aparente falta de conciencia de su importancia, que se traduce en una ejecución financiera y, lo que es peor, en una ejecución física, que parecen marchar a la deriva, impiden que los resultados sean mejores. Esto posiblemente sea consecuencia del hecho de que el MEF siga con su práctica de asignar presupuestos con bases históricas Senfield (2010), lo que deriva en acciones como efectuar requerimientos a destiempo, solo con el objeto de cumplir y a un mayor énfasis del coordinador de los programas en la ejecución financiera antes que en la atención.

Cuarto: Considerando el mayor énfasis en la ejecución financiera que en la atención, no es sorprendente que la satisfacción del usuario externo con los

servicios de salud que presta el hospital no haya mejorado en la medida de lo esperado, a pesar de los esfuerzos por implementar el presupuesto por resultados. Y no es sorprendente que este malestar se concentre en aspectos muy claros, como encontraron Campos y Soto (2012), en donde se identificaron como categorías predominantes el maltrato por parte del personal y la baja calidad de la atención percibida por el usuario.

Quinto: Al identificar la ejecución física o ejecución presupuestal con su producto inmediato, obtenida por medio de la cuantificación de la prestación de los servicios de salud que se brindan, se puede colegir que la prestación de servicios no se sostiene ni en un presupuesto más o menos coherente del cual parte, ni con el panorama que la realidad muestra.

Campos y Soto (2012) Satisfacción del usuario: Un estudio desde la perspectiva de las quejas y reclamaciones. Hospital Regional de Moquegua, 2011. Conocimiento para el desarrollo. Revista Oficial de la Universidad San Pedro, 3(2), 73-80.

CONCLUSIONES

- La investigación nos permite llegar a la conclusión general, en el sentido que se encontró que no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013.
- Por otro lado, concluimos también que no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Articulado Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013 (Cuadro 2).
- Así mismo concluimos No existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno - Neonatal, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013 (Cuadro 4).
- Igualmente llegamos a la conclusión que no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013 (Cuadro 6).
- Por otro lado también concluimos que no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo 2012 – 2013 (Cuadro 8).
- Llegamos a la conclusión que no existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el

Programa TBC – VIH/sida, en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo
2012 – 2013 (Cuadro 10).

RECOMENDACIONES

- A la Dirección del Hospital, se recomienda implementar un programa de formación y capacitación en presupuesto por resultados dirigido en forma general, al personal del Hospital y, en forma específica, a los empleados cuya responsabilidad es la programación de presupuestos.
- Al Ministerio de Economía y Finanzas y a la Dirección del Hospital, se recomienda supervisar más estrechamente la actividad de los coordinadores de programas, a fin de que orienten su actividad enfatizando la atención al usuario, antes que la ejecución física de los programas.
- Al personal responsable de la ejecución física de los programas, se recomienda efectuar los requerimientos en el tiempo programado, en vista que los desajustes temporales, a la larga, derivan en ausencia de correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, J. (2015, Marzo 09). *Diccionario de Historia de la Medicina*. Retrieved from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/protomedicato.pdf>
- Arenas, A. (2010). *Presupuesto por resultados y la consolidación del Sistema de Evaluación y Control de Gestión del Gobierno Central. División de Control de Gestión, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile*. Chile.
- Cecchini, S. (2011). *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas*. Santiago de Chile.
- Cortez, R. (2008). *Argentina – Plan Nacer: Un plan de aseguramiento basado en financiamiento por resultados. Banco Mundial*. Argentina.
- ESSALUD. (2015, Marzo 19). *Creación del SIS*. Retrieved from http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html
- Health, S. (2008). *Diseño de instrumento de planificación financiera que contenga una estructura de costos de las intervenciones de promoción de la salud en el marco del presupuesto por resultados. Instrumento de planificación financiera (ipf-ppr)*. Lima, Perú.
- MINSA. (2015, Marzo 21). *minsa.gob.pe*. Retrieved from <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/metaxenicas/SituacionEnfermedadesMetaxenicas.pdf>

- MINSA. (2015, Marzo 23). *Promoción e Implementación de la Vigilancia Ciudadana*. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1380.pdf>
- MINSA. (2015, Marzo 17). *www.gob.pe*. Retrieved from <https://www.gob.pe/minsa/>
- MINSA. (2015, Marzo 17). *www.gob.pe*. Retrieved from <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/245721-098-2010-minsa>
- MINSA. (2015, Marzo 11). *www.minsa.gob.pe*. Retrieved from <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=104>
- OMS. (2015, Marzo 08). *Informe estadístico*. Retrieved from <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/>
- PAN. (2011, Marzo 04). *Programa Articulado Nutricional*. Retrieved from <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/documentos-ppr/211-presupuesto-publico/presupuesto-por-resultados/2139-programa-articulado-nutricional>
- PSAN. (2015, Marzo 14). *Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Retrieved from <https://plataformacelac.org/programa/481>
- Seinfeld, J. (2010). *Análisis del programa presupuestal e incidencia de beneficiarios: Sector Salud*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú.



ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia de la investigación

Título : Evaluación de la Ejecución del Presupuesto por Resultados en Programas Presupuestales del Hospital Regional Moquegua, Periodo 2012 – 2013.

Tesista : Néstor Amidey Arias Pérez

Problema General	Objetivos General	Hipótesis General	Variable 1: Implementación del Presupuesto por Resultados		
			Dimensiones	Indicadores	Ítems e índices
¿Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en programas presupuestales del Hospital Regional de Moquegua, 2013?	Determinar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en programas presupuestales el Hospital Regional de Moquegua, 2013.	Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal, en programas presupuestales el Hospital Regional de Moquegua, 2013.	Programa articulado nacional	Programas presupuestales específicos	Presupuesto inicial modificado por indicador Cantidad programada
			Salud materno neonatal	Programas presupuestales específicos	Presupuesto inicial modificado por indicador Cantidad programada

Problema Específicos	Objetivo Específicos	Hipótesis Específicos	TBC – VIH Sida	Programas presupuestales específicos	Presupuesto inicial modificado o por indicador
¿Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y	Determinar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la	Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución	Enfermedades metaxénicas	Programas presupuestales	Cantidad programada Presupuesto inicial modificado

la ejecución presupuesta l en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, 2013? ¿Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuesta l en el Programa Materno – Perinatal, en el Hos-	ejecución presupuestal en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, 2013. Determinar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno Perinatal, en el Hos-	pre-supuestal en el Programa Articulación Nutricional, en el Hospital Regional de Moquegua, 2013. Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa Materno Perinatal, en el Hospital Regional	Enfermedades no transmisibles	Programas presupuestales específicos	específicos o por indicador Cantidad programa da Presupuesto inicial modificado o por indicador Cantidad programa da
--	---	--	-------------------------------	--------------------------------------	--

			Variable 2: Ejecución Presupuestal		
			Dimensiones	Indicadores	Ítems e índices
pital Regional de Moquegua, 2013? ¿Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuesta l en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de	pital Regional de Moquegua, 2013. Determinar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Meta-xénicas, en el Hospital Regional de Moquegua, 2013.	de Moquegua, 2013. Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades Metaxénicas, en el Hospital Regional de	Programa articulado nacional	Programa presupuestales específicos	Monto deven-gado Cant. ejecutada
			Salud materno neonatal	Programa presupuestales específicos	Monto deven-gado Cant. ejecutada
			TBC – VIH Sida	Programa presupuestales específicos	Monto deven-gado Cant. ejecutada
			Enfermedad	Programa	Monto

Moque-gua, 2013? ¿Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmisibles,	Determinar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no	Mo-quegua, 2013. Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa de Enfermedades no transmi-	es metaxénicas	presupuestal es específicos	deven-gado Cant. ejecutada Monto deven-gado Cant. Ejecutada
---	--	--	----------------	-----------------------------	--

En el HRM, 2013?	transmisibles, en el HRM, 2013	sibles, en el HRM, 2013.
¿Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH Sida, en el HRM, 2013?	Determinar la correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH sida, en el HRM, 2013.	Existe correspondencia entre la implementación del presupuesto por resultados y la ejecución presupuestal en el Programa TBC – VIH Sida, en el HRM, 2013.

Método	Población	Técnicas e instrumentos	Estadística
Método comparativo M: X - Y	Población	Técnicas	Tablas de frecuencias (absoluta y porcentual)
	Programas presupuestales del HRM, período 2013 N = 80	Análisis documental	Contrastes de homogeneidad
	Muestra	Instrumentos	
	Muestra no probabilística incidental n = 77	Fichas de registro documental	

Anexo 2. Pruebas de normalidad

El análisis de la normalidad de la distribución de las variables y de los programas se hizo mediante la prueba Kolmogorov – Smirnov para una sola muestra. Para efectos del estudio, la distribución continua considerada fue la distribución normal. En ese sentido, si $p - \text{valor} > \alpha$, entonces, la distribución de la muestra dada se ajusta a la normal y se acepta la hipótesis de nulidad o hipótesis de normalidad. Y si $p - \text{valor} \leq \alpha$, entonces, se rechaza la hipótesis de nulidad (la normalidad).

a. Para todos los programas en conjunto (variable en general).

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		P x R
N		154
Parámetros normales ^{a,,b}	Media	,8410
	Desviación típica	,85947
Diferencias más extremas	Absoluta	,351
	Positiva	,351
	Negativa	-,165
Z de Kolmogorov – Smirnov		4,351
Sig. Asintót. (Bilateral)		,000

a. La distribución de contraste es la Normal

b. Se han calculado a partir de los datos

Para el contraste de normalidad de la distribución, se ha utilizado el criterio del p-valor (en este caso, la significación asintótica), rechazando la hipótesis nula (hipótesis de normalidad) al nivel α cuando el p-valor es menor que α , y aceptándola en caso contrario (Pérez, 2005). Esto es:

H_0 : La distribución es normal H_0 : $p > 0.05$

H_G : La distribución no es normal H_a : $p \leq 0.05$

El p-valor (significación exacta bilateral) es 0,000, mucho menor que el nivel de significancia elegido de 0.05. Por lo tanto, la muestra no se distribuye en forma normal. En consecuencia, el análisis de la comparación entre las variables debe hacerse con pruebas no paramétricas.

b. Programa articulado nutricional.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Articulado Nutricional
N		32
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,7680
	Desviación típica	,45817
Diferencias más extremas	Absoluta	,275
	Positiva	,275
	Negativa	-,190
Z de Kolmogorov – Smirnov		1,556
Sig. Asintót. (Bilateral)		,016

a. La distribución de contraste es la Normal

b. Se han calculado a partir de los datos

Para el contraste de normalidad de la distribución, se ha utilizado el criterio del p-valor (en este caso, la significación asintótica), rechazando la hipótesis nula (hipótesis de normalidad) al nivel α cuando el p-valor es menor que α , y aceptándola en caso contrario (Pérez, 2005). Esto es:

H_0 : La distribución es normal H_0 : $p > 0.05$

H_G : La distribución no es normal H_a : $p \leq 0.05$

El p-valor (significación exacta bilateral) es 0,016, menor que el nivel de significancia elegido de 0,05. Por lo tanto, la muestra no se distribuye en forma normal. En consecuencia, el análisis de la comparación en el primer programa debe hacerse con pruebas no paramétricas.

c. Programa materno neonatal.

Prueba de Kolmogorov - Smirnov para una muestra

		Salud Mater. Neonat.
N		43
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,7911
	Desviación típica	,32082
Diferencias más extremas	Absoluta	,250
	Positiva	,201
	Negativa	-,250
Z de Kolmogorov – Smirnov		1,642
Sig. Asintót. (Bilateral)		,009

a. La distribución de contraste es la Normal

b. Se han calculado a partir de los datos

Para el contraste de normalidad de la distribución, se ha utilizado el criterio del p-valor (en este caso, la significación asintótica), rechazando la hipótesis nula (hipótesis de normalidad) al nivel α cuando el p-valor es menor que α , y aceptándola en caso contrario (Pérez, 2005). Esto es:

H_0 : La distribución es normal H_0 : $p > 0.05$

H_G : La distribución no es normal H_a : $p \leq 0.05$

El p-valor (significación exacta bilateral) es 0,009, mucho menor que el nivel de significancia elegido de 0,05. Por lo tanto, la muestra no se distribuye en forma normal. En consecuencia, el análisis de la comparación en el segundo programa debe hacerse con pruebas no paramétricas.

d. Programa enfermedades Metaxénicas.

Prueba de Kolmogorov - Smirnov para una muestra

		Enf. Metax.
N		18
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,589278
	Desviación típica	,4937823
Diferencias más extremas	Absoluta	,339
	Positiva	,273
	Negativa	-,339
Z de Kolmogorov – Smirnov		1,437
Sig. Asintót. (Bilateral)		,032

a. La distribución de contraste es la Normal

b. Se han calculado a partir de los datos

Para el contraste de normalidad de la distribución, se ha utilizado el criterio del p-valor (en este caso, la significación asintótica), rechazando la hipótesis nula (hipótesis de normalidad) al nivel α cuando el p-valor es menor que α , y aceptándola en caso contrario (Pérez, 2005). Esto es:

H_0 : La distribución es normal H_0 : $p > 0.05$

H_G : La distribución no es normal H_a : $p \leq 0.05$

El p-valor (significación exacta bilateral) es 0,032, menor que el nivel de significancia elegido de 0,05. Por lo tanto, la muestra no se distribuye en forma normal. En

consecuencia, el análisis de la comparación en el tercer programa debe hacerse con pruebas no paramétricas.

e. Programa enfermedades no transmisibles.

Prueba de Kolmogorov - Smirnov para una muestra

		Enf. No transmisib.
N		18
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,589278
	Desviación típica	,4937823
Diferencias más extremas	Absoluta	,339
	Positiva	,273
	Negativa	-,339
Z de Kolmogorov – Smirnov		1,437
Sig. Asintót. (Bilateral)		,032

a. La distribución de contraste es la Normal

b. Se han calculado a partir de los datos

Para el contraste de normalidad de la distribución, se ha utilizado el criterio del p-valor (en este caso, la significación asintótica), rechazando la hipótesis nula (hipótesis de normalidad) al nivel α cuando el p-valor es menor que α , y aceptándola en caso contrario (Pérez, 2005). Esto es:

H_0 : La distribución es normal H_0 : $p > 0.05$

H_G : La distribución no es normal H_a : $p \leq 0.05$

El p-valor (significación exacta bilateral) es 0,000, mucho menor que el nivel de significancia elegido de 0,05. Por lo tanto, la muestra no se distribuye en forma normal. En consecuencia, el análisis de la comparación en el cuarto programa debe hacerse con pruebas no paramétricas.

f. **Programa TBC VIH/SIDA.**

Prueba de Kolmogorov - Smirnov para una muestra

		TBC VIH/SIDA
N		30
Parámetros normales ^{a,,b}	Media	,7818
	Desviación típica	,32511
Diferencias más extremas	Absoluta	,218
	Positiva	,218
	Negativa	-,214
Z de Kolmogorov – Smirnov		1,193
Sig. Asintót. (Bilateral)		,116

a. La distribución de contraste es la Normal

b. Se han calculado a partir de los datos

Para el contraste de normalidad de la distribución, se ha utilizado el criterio del p-valor (en este caso, la significación asintótica), rechazando la hipótesis nula (hipótesis de normalidad) al nivel α cuando el p-valor es menor que α , y aceptándola en caso contrario (Pérez, 2005). Esto es:

$$H_0 : \text{La distribución es normal} \qquad H_0 : p > 0.05$$

$$H_G : \text{La distribución no es normal} \qquad H_a : p \leq 0.05$$

El p-valor (significación exacta bilateral) es 0,116, mayor que el nivel de significancia elegido de 0,05. Por lo tanto, la muestra se distribuye en forma normal. En consecuencia, el análisis de la comparación en el cuarto programa puede hacerse con pruebas paramétricas.

Anexo 3. Programa de actividad

Programa / Actividad	Presupuesto				Físico			
	PIM	Devengado	Ia	Avance (%)	QPROG	QEJEC	Ia	Avance (%)
Programa Articulado Nutricional								
Niños vacuna completa	2,382	197.89	0.083	8.31	1098	816	0.743	74.3
Atención IRA	68	67.88	0.998	99.82	1910	1096	0.574	57.4
Atención EDA	67	66.38	0.991	99.07	554	407	0.735	73.5
Atención IRA complicaciones	1,230,269	1,009,921.71	0.821	82.09	800	594	0.743	74.3
Atención EDA complicaciones	217,428	30,462.59	0.140	14.01	605	240	0.397	39.7
Atención otras enfermedades prevalentes	158,560	158,560.00	1.000	100.00	344	27	0.078	7.8
Gestante suplemento hierro y AF	28	28.00	1.000	100.00	25	0	0.000	0.0
Atención niños y niñas parasitosis intestinal	31	31.00	1.000	100.00	20	2	0.100	10.0
Monit., Superv., Eval., y Control Artic. Nutricional.	13,009		0.000	0.00	12	12	1.000	100.0
Niños vacuna completa	18,498	16,781.40	0.907	90.72	890	755	0.848	84.8
Niños CRED completo según edad	16,965	16,934.00	0.998	99.82	3	3	1.000	100.0
Atención IRA	6,482	6,477.00	0.999	99.92	1014	997	0.983	98.3
Atención EDA	6,795	6,306.88	0.928	92.82	852	292	0.343	34.3
Atención IRA complicaciones	1,582,352	1,564,945.39	0.989	98.90	595	561	0.943	94.3
Atención EDA complicaciones	87,919	84,370.79	0.960	95.96	60	139	2.317	231.7
Monit., Superv., Eval., y Control Artic. Nutricional.	9,746	9,329.00	0.957	95.72	12	12	1.000	100.0
		X1.1	0.798			X1.2	0.738	

Año	Programa / Actividad	Presupuesto						Físico					
		PIM	Devengado	Ia	Avance (%)	QPROG	QEJEC	Ia	Avance (%)				
2012	Salud Materno Neonatal												
	Adolescentes acceden servicios salud prevención embarazo	7,800	3,739.40	0.479	47.94	4	0	0.000					0.0
	Atención prenatal reenfocada	100,601	96,415.27	0.958	95.84	3235	3232	0.999					99.9
	Atención gestante complicaciones	308,755	286,197.65	0.927	92.69	1165	831	0.713					71.3
	Atención parto normal	1,018,642	958,889.06	0.941	94.13	680	677	0.996					99.6
	Atención parto complicado quirúrgico	781,613	631,273.78	0.808	80.77	295	294	0.997					99.7
	Atención puerperio con complicaciones	103	103.00	1.000	100.00	35	25	0.714					71.4
	Atención obstétrica UECE	12,919	11.95	0.001	0.09	17	6	0.353					35.3
	Acceso sistema referencia institucional	7,003	6,926.00	0.989	98.90	30	28	0.933					93.3
	Atención recién nacido normal	9,276	9,274.99	1.000	99.99	1980	537	0.271					27.1
	Atención recién nacido con complicaciones	17,703	17,393.00	0.982	98.25	702	334	0.476					47.6
	Atención recién nacido con complicaciones requiere UCIN	422,762	63,479.02	0.150	15.02	168	119	0.708					70.8
	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control salud materno neonatal					12	12	1.000					100.0
2013	Atención prenatal reenfocada	34,452	33,587.56	0.975	97.49	10	3	0.300					30.0
	Población accede servicios salud prevención embarazo	9,872	9,864.69	0.999	99.93	212	185	0.873					87.3
	Atención gestante complicaciones	712,354	707,679.26	0.993	99.34	1025	939	0.916					91.6
	Atención parto normal	1,043,967	1,008,719.26	0.966	96.62	456	423	0.928					92.8
	Atención parto complicado no quirúrgico		188,399	184,991.53	0.982	98.19	169	140	0.828				82.8
	Atención parto complicado quirúrgico		187,793	162,008.96	0.863	86.27	309	312	1.010				101.0
	Acceso sistema referencia institucional		1		0.000	0.00	30	34	1.133				113.3
	Atención recién nacido normal		132,528	121,317.84	0.915	91.54	890	811	0.911				91.1
	Atención recién nacido con complicaciones		415,976	403,223.87	0.969	96.93	688	574	0.834				83.4
	Atención recién nacido con complicaciones requiere UCIN		408,637	408,453.13	1.000	99.96	115	141	1.226				122.6
				X2.1	0.805		X2.2	0.778					

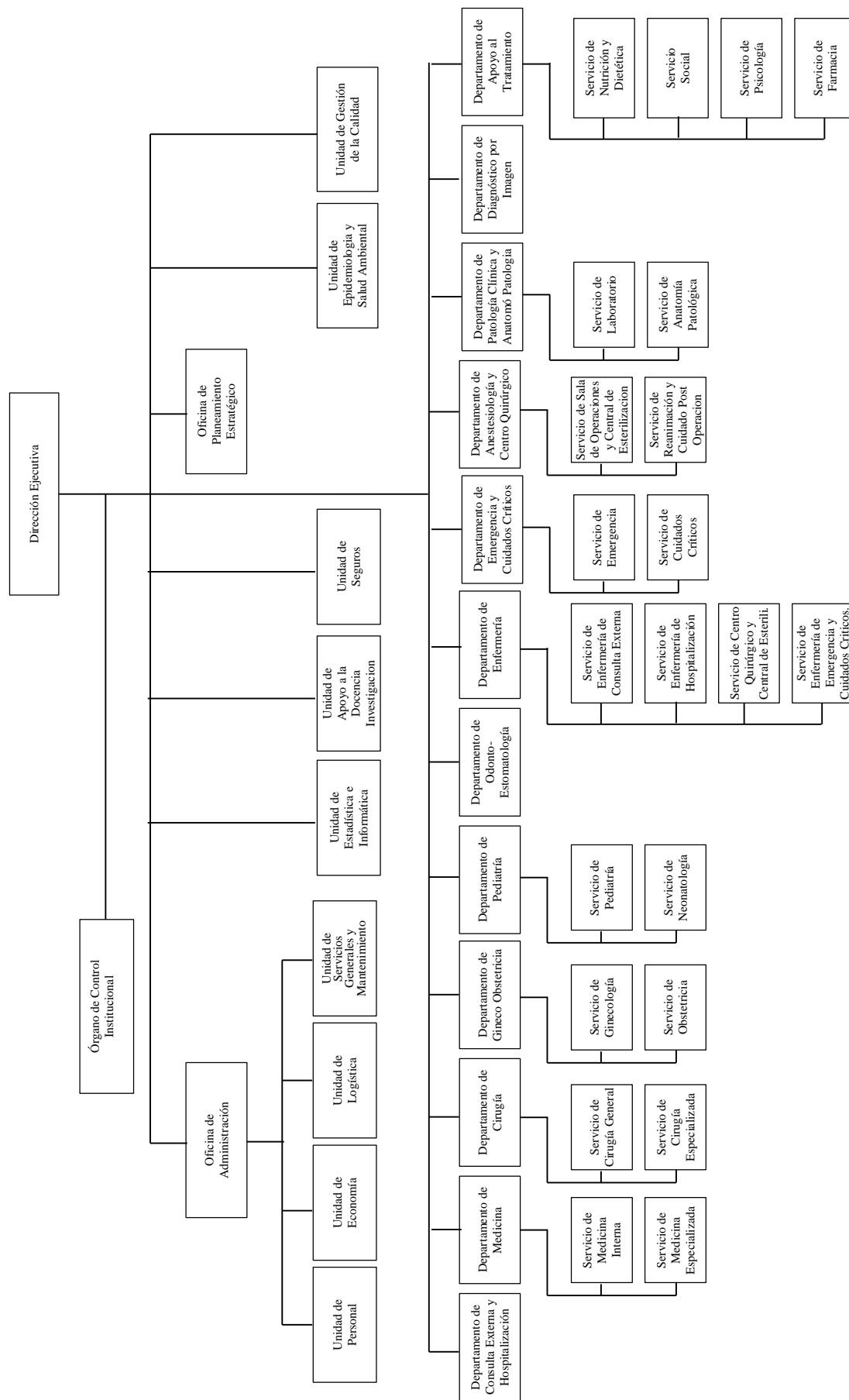
Año	Programa / Actividad	Presupuesto				Físico			
		PIM	Devengado	Ia	Avance (%)	QPROG	QEJEC	Ia	Avance (%)
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis									
2012	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control metaxénicas y zoonosis	34,500	0.000	0.000	0.00	2	2	1.000	100.0
	Pobladores áreas con riesgo transmisión informada conoce mecanismos enfermedades metaxénicas y zoonóticas	40,000	0.000	0.000	0.00	5	5	0.000	0.0
	Viviendas protegidas principales condicionantes riesgo áreas alto, muy alto riesgo EMZ	40,000	0.000	0.000	0.00	2	2	0.000	0.0
	Diagnóstico y tratamiento enfermedades metaxénicas	124,968	72,917.19	0.583	58.35	1610	1602	0.995	99.5
	Diagnóstico y tratamiento de casos de enfermedades zoonóticas	88,939	34.91	0.000	0.04	235	231	0.983	98.3
	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control metaxénicas y zoonosis	34,800	0.998	99.85	16.00	16.00	1.000	100.0	100.0
	Pobladores áreas con riesgo transmisión informada conoce mecanismos enfermedades metaxénicas y zoonóticas	39,359	1.000	100.00	0.00	0.00	0.00	0.000	0.0
	Viviendas protegidas principales condicionantes riesgo áreas alto, muy alto riesgo EMZ	37,485	1.000	100.00	0.00	0.00	0.00	0.000	0.0
	Diagnóstico y tratamiento enfermedades metaxénicas	131,515	0.991	99.14	1.00	0.00	0.000	0.000	0.0
	Diagnóstico y tratamiento de casos de enfermedades zoonóticas	46,675	0.976	97.63	185.00	200.00	1.081	108.1	108.1
		X4.1	0.555			X4.2	0.632		

Año	Programa / Actividad	Presupuesto					Físico				
		PIM	Devengado	Ia	Avance (%)	QPROG	QEJEC	Ia	Avance (%)		
Enfermedades No Transmisibles											
2012	Atención estomatológica preventiva básica	27,310	25,209.06	0.923	92.31	650	626	0.963	96.3		
	Atención estomatológica recuperativa básica	65,481	41,534.06	0.634	63.43	900	892	0.991	99.1		
	Atención estomatológica especializada básica	23,213	22,777.20	0.981	98.12	320	206	0.644	64.4		
	Tratamiento y control pacientes con cataratas	827	313.37	0.379	37.89	2		0.000	0.0		
	Valoración clínica y tamizaje laboratorial enfermedades crónicas no transmisibles	84,809	84,417.04	0.995	99.54	100		0.000	0.0		
	Tratamiento y control personas hipertensión arterial	74,486	4,494.92	0.060	6.03	120	116	0.967	96.7		
<hr/>											
	Tratamiento y control personas diabetes	4,851	4,850.92	1.000	100.00	50	14	0.280	28.0		
	Tamizaje y tratamiento pacientes problemas y trastornos salud mental	95,838	44,352.45	0.463	46.28	434	403	0.929	92.9		
<hr/>											
2013	Atención estomatológica preventiva básica	6,080	6,080.00	1.000	100.00	85.00	170.00	2.000	200.0		
	Atención estomatológica recuperativa básica	39,330	39,325.84	1.000	99.99	50.00	83.00	1.660	166.0		
	Tamizaje y diagnóstico pacientes con cataratas					25.00	61.00	2.440	244.0		
	Tratamiento y control pacientes con cataratas	17,805	17,804.24	1.000	100.00	1.00	10.00	10.000	1000.0		
	Valoración clínica y tamizaje laboratorial enfermedades crónicas no transmisibles	62,925	62,889.70	0.999	99.94	1.00	0.00	0.000	0.0		
	Tratamiento y control personas hipertensión arterial	7,102	6,105.00	0.860	85.96	280.00	294.00	1.050	105.0		
<hr/>											
	Tratamiento y control personas diabetes	154,765	152,147.20	0.983	98.31	118.00	87.00	0.737	73.7		
	Tamizaje y tratamiento pacientes problemas y trastornos salud mental	16,567	16,565.15	1.000	99.99	255.00	491.00	1.925	192.5		
			X5.1	0.968			X5.2	2.743			

Año	Programa / Actividad	Presupuesto				Físico			
		PIM	Devengado	Ia	Avance (%)	QPROG	QEJEC	Ia	Avance (%)
TBC-VIH/SIDA									
2012	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control VIH/SIDA Tuberculosis	7,358	4,700.00	0.639	63.88	12	9	0.750	75.0
	Población informada uso correcto condón prevención IETS y VIH/SIDA	7,768	7,467.45	0.961	96.13	220	199	0.905	90.5
65,496	65,419.23	0.999	99.88	90	89	0.989	98.9		
	Población alto riesgo recibe información y atención preventiva	15,000	13,073.30	0.872	87.16	60	3	0.050	5.0
	Despistaje de tuberculosis sistemáticos respiratorios	25,832	25,277.00	0.979	97.85	700	529	0.756	75.6
	Diagnóstico casos de tuberculosis	103,176	55,410.00	0.537	53.70	130	127	0.977	97.7
	Persona accede al EESS y recibe tratamiento oportuno tuberculosis	55,808	39,434.52	0.707	70.66				
	Población IETS reciben tratamiento s/guías clínicas	19,173	19,086.13	0.995	99.55	140	136	0.971	97.1
	Personas diagnosticadas VIH/SIDA acuden a Ss. Atención integral	133,983	9,788.70	0.073	7.31	31	6	0.194	19.4
	Despistaje y diagnóstico de tuberculosis pacientes con comorbilidad	79,299	77,088.80	0.972	97.21	90	21	0.233	23.3
	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control VIH/SIDA Tuberculosis					16	16	1.000	100.0
	Adultos y jóvenes consejería y tamizaje para IETS y VIH/SIDA	12,976	12,954.40	0.998	99.83	400	370	0.925	92.5
	Despistaje de tuberculosis sintomáticos respiratorios	138,984	138,249.98	0.995	99.47	1200	938	0.782	78.2
	Diagnóstico casos de tuberculosis	259,511	259,408.00	1.000	99.96	10	13	1.300	130.0
	Persona accede al EESS y recibe tratamiento oportuno tuberculosis	20,900	20,578.00	0.985	98.46	20	15	0.750	75.0
	Personas diagnosticadas VIH/SIDA acuden a Ss. Atención integral	47,075	47,071.00	1.000	99.99	25	4	0.160	16.0
			X3.1	0.847		X3.2	0.716		

Año	Programa / Actividad	Presupuesto						Físico		
		PIM	Devengado	Ia	Avance (%)	QPROG	QEJEC	Ia	Avance (%)	
2012	Programa específico (aspecto)	108,941	107,970.35	0.991	99.11	380	334	0.879	87.9	
	Mujeres mayores 18 años consejería cáncer de cérvix	1,358	1,280.00	0.943	94.26	260	251	0.965	96.5	
	Mujeres mayores 18 años consejería cáncer de mama	1,370	1,370.00	1.000	100.00	260	229	0.881	88.1	
	Personas con consejería prevención de cáncer gástrico	660	660.00	1.000	100.00	20		0.000	0.0	
	Varones mayores de 18 años consejería prevención de próstata	660	660.00	1.000	100.00	20		0.000	0.0	
	Población laboral consejería prevención cáncer de pulmón	680	680.00	1.000	100.00	20		0.000	0.0	
	Mujeres de 21 a 65 años con examen de colposcopia	58,344	55,783.41	0.956	95.61	150	109	0.727	72.7	
	Mujeres de 21 a 65 años con crioterapia.	24,244	21,115.00	0.871	87.09	30	30	1.000	100.0	
2013	Mujer tamizada en cáncer cuello uterino	48,639	47,710.92	0.981	98.09	405.00	219.00	0.541	54.1	
	Mujeres citología anormal con examen colposcopia	26,086	24,818.00	0.951	95.14	75.00	24.00	0.320	32.0	
	Mujeres citología anormal con examen de crioterapia o conoleep	1,350	1,350.00	1.000	100.00	15.00	12.00	0.800	80.0	
	Mujeres mayores 18 años consejería cáncer de cérvix					300.00	264.00	0.880	88.0	
	Mujeres mayores 18 años consejería cáncer de mama					300	192.00	0.640	64.0	
	Personas con consejería prevención de cáncer gástrico					50.00	21.00	0.420	42.0	
	Varones mayores de 18 años consejería prevención de cáncer de próstata					50.00	23.00	0.460	46.0	
	Varones de 50 a 70 años con examen de tacto prostático vía rectal					5.00	0.00	0.000	0.0	
	Población laboral consejería prevención cáncer de pulmón					165.00	194.00	1.176	117.6	

Anexo 4. Organigrama Estructural de la Institución



Anexo 5. Cuadro 1

PROGRAMAS PRESUPUESTALES PARA LA MUESTRA
Hospital Regional de Moquegua periodos 2012 – 2013

N°	AÑOS	PROGRAMA / ACTIVIDAD	PPTO.	FISICO	MUESTRA	
			PIM	QPROG		
PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL						
1	2012	Niños vacuna completa	2,382	1,098	SI	
2		Atención IRA	68	1,910	SI	
3		Atención EDA	67	554	SI	
4		Atención IRA complicaciones	1,230,269	800	SI	
5		Atención EDA complicaciones	217,428	605	SI	
6		Atención otras enfermedades prevalentes	158,560	344	SI	
7		Gestante suplemento hierro y AF	28	25	SI	
8		Atención niños y niñas parasitosis intestinal	31	20	SI	
9		Monitoreo, supervisión, evaluación, y control Articulado Nutricional.	13,009	12	SI	
10	2013	Niños vacuna completa	18,498	890	SI	
11		Niños CRED completo según edad	16,965	3	SI	
12		Atención IRA	6,482	1,014	SI	
13		Atención EDA	6,795	852	SI	
14		Atención IRA complicaciones	1,582,352	595	SI	
15		Atención EDA complicaciones	87,919	60	SI	
16		Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control Articulado Nutricional.	9,746	12	SI	
SALUD MATERNO NEONATAL						
17	2012	Adolescentes acceden servicios salud prevención embarazo	7,800	4	SI	
18		Atención prenatal reenfocada	100,601	3,235	SI	
19		Atención gestante complicaciones	308,755	1,165	SI	
20		Atención parto normal	1,018,642	680	SI	
21		Atención parto complicado quirúrgico	781,613	295	SI	
22		Atención puerperio con complicaciones	103	35	SI	
23		Atención obstétrica UECI	12,919	17	SI	
24		Acceso sistema referencia institucional	7,003	30	SI	
25		Atención recién nacido normal	9,276	1,980	SI	
26		Atención recién nacido con complicaciones	17,703	702	SI	
27		Atención recién nacido con complicaciones requiere UCIN	422,762	168	SI	
28		Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control salud materno neonatal		12	SI	
29		2013	Atención prenatal reenfocada	34,452	10	SI
30			Población accede servicios salud prevención embarazo	9,872	212	SI
31			Atención gestante complicaciones	712,354	1,025	SI
32			Atención parto normal	1,043,967	456	SI
33	Atención parto complicado no quirúrgico		188,399	169	SI	
34	Atención parto complicado quirúrgico		187,793	309	SI	
35	Acceso sistema referencia institucional		1	30	SI	
36	Atención recién nacido normal		132,528	890	SI	
37	Atención recién nacido con complicaciones		415,976	688	SI	
38	Atención recién nacido con complicaciones requiere UCIN	408,637	115	SI		

ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS					
39	2012	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control metaxénicas y zoonosis	34,500	2	SI
40		Pobladores áreas con riesgo transmisión informada conoce mecanismos enfermedades metaxénicas y zoonóticas	40,000	5	No tiene Devengado
41		Viviendas protegidas principales condicionantes riesgo áreas alto, muy alto riesgo EMZ	40,000	2	No tiene Devengado
42		Diagnóstico y tratamiento enfermedades metaxénicas	124,968	1,610	SI
43		Diagnóstico y tratamiento de casos de enfermedades zoonóticas	88,939	235	SI
44		2013	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control metaxénicas y zoonosis	34,800	16
45	Pobladores áreas con riesgo transmisión informada conoce mecanismos enfermedades metaxénicas y zoonóticas		39,359	0	SI
46	Viviendas protegidas principales condicionantes riesgo áreas alto, muy alto riesgo EMZ		37,485	0	SI
47	Diagnóstico y tratamiento enfermedades metaxénicas		131,515	1	SI
48	Diagnóstico y tratamiento de casos de enfermedades zoonóticas		46,675	185	SI

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
49	2012	Atención estomatológica preventiva básica	27,310	650	SI	
50		Atención estomatológica recuperativa básica	65,481	900	SI	
51		Atención estomatológica especializada básica	23,213	320	SI	
52		Tratamiento y control pacientes con cataratas	827	2	SI	
53		Valoración clínica y tamizaje laboratorial enfermedades crónicas no transmisibles	84,809	100	SI	
54		Tratamiento y control personas hipertensión arterial	74,486	120	SI	
55		Tratamiento y control personas diabetes	4,851	50	SI	
56		Tamizaje y tratamiento pacientes problemas y trastornos salud mental	95,838	434	SI	
57		2013	Atención estomatológica preventiva básica	6,080	85	SI
58			Atención estomatológica recuperativa básica	39,330	50	SI
59	Tamizaje y diagnóstico pacientes con cataratas			25	SI	
60	Tratamiento y control pacientes con cataratas		17,805	1	SI	
61	Valoración clínica y tamizaje laboratorial enfermedades crónicas no transmisibles		62,925	1	SI	
62	Tratamiento y control personas hipertensión arterial		7,102	280	SI	
63	Tratamiento y control personas diabetes		154,765	118	SI	
64	Tamizaje y tratamiento pacientes problemas y trastornos salud mental		16,567	255	SI	

TBC-VIH/SIDA						
65	2012	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control VIH/SIDA Tuberculosis	7,358	12	SI	
66		Población informada uso correcto condón prevención IETS y VIH/SIDA	7,768	220	SI	
67		Adultos y jóvenes consejería y tamizaje para IETS y VIH/SIDA	65,496	90	SI	
68		Población alto riesgo recibe información y atención preventiva	15,000	60	SI	
69		Despistaje de tuberculosis sistemáticos respiratorios	25,832	700	SI	
70		Diagnóstico casos de tuberculosis	103,176	130	SI	
71		Persona accede al EESS y recibe tratamiento oportuno tuberculosis	55,808		No tiene QFísica	
72		Población IETS reciben tratamiento s/guías clínicas	19,173	140	SI	
73		Personas diagnosticadas VIH/SIDA acuden a Ss. atención integral	133,983	31	SI	
74		Despistaje y diagnóstico de tuberculosis pacientes con comorbilidad	79,299	90	SI	
75		2013	Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control VIH/SIDA Tuberculosis		16	SI
76			Adultos y jóvenes consejería y tamizaje para IETS y VIH/SIDA	12,976	400	SI
77			Despistaje de tuberculosis sintomáticos respiratorios	138,984	1,200	SI
78			Diagnóstico casos de tuberculosis	259,511	10	SI
79	Persona accede al EESS y recibe tratamiento oportuno tuberculosis		20,900	20	SI	
80	Personas diagnosticadas VIH/SIDA acuden a Ss. atención integral		47,075	25	SI	
TOTAL		80		MUESTRA	77	